

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'INTÉGRATION
SOCIOPROFESSIONNELLE DES INFIRMIERS IMMIGRANTS DANS LE
SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR
CLOÉ DE GARIE FORTIN

JUILLET 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mille mercis à ma directrice de recherche qui a su susciter en moi la motivation et l'intérêt d'entreprendre et de terminer ce projet de recherche. Merci Consuelo pour ta disponibilité, ton écoute et ton humanisme durant ces deux années. Un merci spécial pour ton expertise et ton ouverture d'esprit. Merci aux professeures qui ont accepté d'être membres du jury, Catherine Montgomery et Michèle-Isis Brouillet.

Une mention très spéciale aux participants à la recherche. Merci pour votre confiance, votre ouverture, votre intérêt et votre générosité. Vous m'avez inspirée chacun à votre manière. La réalisation de ce projet de recherche a été possible grâce à vous. En espérant qu'il soit à votre hauteur !

Merci au Service des relations internationales de l'UQAM de m'avoir accueillie dans votre équipe durant ces années. Merci pour cette chance et pour votre confiance.

À ma famille, merci du fond du cœur pour votre soutien, pour avoir partagé mes hauts et bas, pour vos encouragements et merci de m'avoir offert des moments de repos lorsque j'en avais besoin. J'espère que vous serez fiers !

Un énorme merci à mes amis qui m'ont écoutée, qui ont su me changer les idées et surtout, qui ont compris et accepté mon manque de disponibilité. Dominique, Maude, Claudie, Claudia, Sabrina, Louis-Philippe, Mélanie, Gabriel et Marylise (la meilleure partenaire souhaitée de quelques bibliothèques), votre compréhension dans mes *rare*s moments de stress et votre générosité m'ont été indispensables.

Ce mémoire est pour vous tous !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PORTRAIT ET ENJEUX DE L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNEL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS	4
1.1 Mise en contexte de l'immigration économique au Québec	4
1.1.1 Défis démographiques au Québec et immigration économique	6
1.1.2 Immigration économique au Québec et le système de santé.....	8
1.2 L'intégration socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois.....	10
1.2.1 Portrait du système de santé au Québec	10
1.2.2 Les défis de l'insertion socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois.....	12
1.2.3 Les politiques d'intégration socioprofessionnelle dans le système de santé québécois.....	14
1.2.4 Diversité culturelle dans les établissements de la santé au Québec : Discrimination systémique et racisme?.....	15
1.3 Objectifs et question de recherche	17
1.4 Pertinence communicationnelle et sociale	18
CHAPITRE II	
APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'IDENTITÉ ET L'ALTÉRITÉ AU TRAVAIL DANS UN CONTEXTE D'IMMIGRATION	19
2.1 L'approche phénoménologique telle qu'appliquée aux théories de la communication.....	19

2.2 L'identité au travail	22
2.2.1 Les relations sociales comme base de la construction identitaire	24
2.2.2 L'enjeu de la reconnaissance	25
2.3 L'identité dans un contexte de diversité culturelle	27
2.3.1 La figure de l'immigrant comme Autre	28
2.3.2 La dynamique d'inclusion et d'exclusion	29
2.4 Synthèse du cadre conceptuel et relecture de la question de recherche	32
CHAPITRE III	
DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE AU RÉCIT DE PRATIQUE	34
3.1 Recherche exploratoire et approche qualitative	34
3.2 Stratégie de recherche : le récit de pratique	35
3.3 Stratégies de collecte de données : l'entretien biographique	37
3.3.1 Les informateurs.....	37
3.3.2 Déroulement de l'entretien.....	39
3.3.3 Grille d'entretien biographique	40
3.4 Stratégie d'analyse de contenu : l'analyse thématique	41
3.5 Positionnement de la chercheuse.....	44
CHAPITRE IV	
L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNEL : PORTRAITS DE QUATRE RÉCITS	
DE PRATIQUE.....	46
4.1 Portrait de Boubacar.....	46
4.1.1 Description	46
4.1.2 Un parcours de contradictions vécu dans la souffrance	47
4.1.3 L'exclusion, plutôt que l'inclusion, socioprofessionnelle : une souffrance au travail marqué par le fait d'être Autre	50
4.1.4 La reconnaissance au travail dans la relation d'aide et dans l'engagement politique	54
4.1.5 Avenir : l'énigme du retour.....	57
4.2 Portrait de Poza	58

4.2.1 Description	58
4.2.2 Une immigration « personnelle » de « luxe », une trajectoire « professionnelle » déviée.....	59
4.2.3 Quand le patient devient l'Autre et le plaisir au travail se perd par les contraintes du système de santé	62
4.2.4 La pratique soignante au cœur de la reconnaissance au travail et des relations socioprofessionnelles.....	65
4.2.5 Un avenir en dehors du système du santé, mais toujours au Québec.....	68
4.3 Portrait de Christophe	69
4.3.1 Description	69
4.3.2 La passion infirmière de Monaco au Québec.....	69
4.3.3 L'inclusion par la profession.....	73
4.3.4 La reconnaissance d'être infirmier au Québec, beaucoup plus qu'une identité au travail	75
4.3.5 Avenir : Là où sa profession le mènera.....	78
4.4 Portrait de Vincent	78
4.4.1 Description	78
4.4.2 La résilience face aux obstacles et la question du choix	79
4.4.3 De l'exclusion à l'inclusion : vivre la diversité 'du dedans'	82
4.4.4 L'accueil dans des équipes de travail, la reconnaissance par les pairs	84
4.5.5 L'avenir : S'adapter reste la maxime	88
CHAPITRE V	
ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DES RÉCITS DE PRATIQUE.....	89
5.1 La question de la liberté et du choix	89
5.2 L'inclusion par la reconnaissance <i>au</i> travail et la reconnaissance <i>du</i> travail d'infirmier	93
5.2.1 La reconnaissance au travail par les patients et les collègues : L'altérité du dedans.....	95
5.2.2 La reconnaissance du travail dans la société : Altérité du dehors.....	96

5.2.3 Être infirmier, infirmière : une dimension centrale de la construction identitaire.....	97
5.3 Le milieu de travail : des infirmiers pris dans les contraintes du système de santé québécois.....	100
CHAPITRE VI	
DE LA TRAJECTOIRE D'IMMIGRATION À L'INSERTION	
SOCIOPROFESSIONNELLE	105
6.1 Importance de l'insertion dans la société pour une insertion socioprofessionnelle réussie.....	105
6.2 La reconnaissance et l'altérité.....	107
6.3 La discrimination et le racisme	109
6.4 La liberté et le choix.....	110
6.5 Le contexte de la santé au Québec	112
CONCLUSION	114
BIBLIOGRAPHIE	117
ANNEXE A – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	123
ANNEXE B – PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	127
ANNEXE C – GRILLE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE	128

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CERPE	Comité d'éthique de la recherche pour les étudiants
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec
FIQ	Fédération des infirmiers du Québec
METISS	Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux
MIDI	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ONF	Office national du film du Canada
RAMIE	Regroupement à Montréal des Infirmiers Européens
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

L'insertion d'immigrants au marché du travail favorise leur intégration à la société québécoise et le système de santé représente un milieu de travail d'intérêt pour cette population. Or, la littérature portant sur le système de santé en lien avec l'immigration a davantage traité de l'immigrant comme utilisateur du système dans la relation soignant et soigné, mais moins de l'immigrant comme professionnel de la santé. En dépit des quelques efforts du gouvernement de se pencher sur cette question, plusieurs enjeux et défis reliés à l'intégration socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois sont encore présents. Pour explorer cette question, nous adoptons, dans ce mémoire, une approche phénoménologique de l'identité. Cette dite approche nous permet d'étudier l'intégration socioprofessionnelle des immigrants sous un angle communicationnel, c'est-à-dire à partir de leur interprétation et de leur vécu face à leur milieu de travail et aux relations qu'ils y entretiennent. Pour bâtir notre cadre conceptuel, nous avons puisé dans deux principaux corps de connaissance : d'une part, celui des théories en communication organisationnelle et d'autre part, celui des théories de la communication interculturelle. Cette démarche nous a amenées à nous poser la question de recherche suivante : Comment les immigrants vivent-ils l'expérience d'être Autre dans leur intégration socioprofessionnelle au système de santé québécois? Pour répondre à cette question, nous avons réalisée une recherche de type exploratoire et nous avons adopté une approche méthodologique qualitative. Nous avons choisi le récit de pratique professionnel comme stratégie de recherche, ce qui nous a conduit à effectuer quatre récits de vie avec des immigrants infirmiers travaillant ou ayant travaillé dans le système de santé québécois. Les résultats de cette recherche nous ont permis de comprendre l'insertion socioprofessionnelle de ces immigrants comme étant caractérisée par des trajectoires de vie qui sont uniques et qui ne peuvent s'expliquer que dans une trajectoire d'immigration. Cette trajectoire est influencée par le pays d'origine et par la question du choix et de la liberté. C'est une trajectoire qui est vécue au travers des relations interpersonnelles mais aussi par la valorisation du travail par la société, la famille, les amis, les collègues, les patients et par l'établissement de la santé en tant que tel. Ces relations soulignent l'importance de la reconnaissance de l'Autre, qui s'est révélée être un élément central du récit des informateurs.

MOTS CLÉS : Intégration socioprofessionnelle, immigration, système de santé québécois, phénoménologie, communication organisationnelle, communication interculturelle, récit de pratique.

INTRODUCTION

En septembre 2014, une collègue de classe m'a fait parvenir l'article de journal *You don't want to be in a french hospital* écrit par Ousmane Thiam et publié en ligne dans *Comité STAT*. Cet article traite des principales caractéristiques des milieux hospitaliers francophones et anglophones, telles la « mosaïque culturelle » des professionnels et la « division racisée » du travail. Certains points épineux sont abordés au regard du travail des infirmiers immigrants dans les grands centres hospitaliers de Montréal. L'auteur livre un témoignage relevant de sa propre expérience en tant que praticien, abordant entre autres les difficultés d'adaptation et d'intégration dans les milieux hospitaliers pour les personnes immigrantes, notamment les femmes et les personnes de couleur. De fait, il affirme que les infirmières et infirmiers immigrants se font principalement refiler les tâches les plus ingrates, dans un contexte où les conditions de travail sont de plus en plus exigeantes et ce, tout en devant s'adapter à un nouvel environnement social où certains codes culturels sont assez difficiles à saisir. L'auteur parle de xénophobie, de mépris, de discrimination systémique envers les travailleurs immigrants et vient même à énoncer qu'« un petit tour dans une unité de soins suffit pour constater les séquelles d'une cohabitation culturelle mutilée par le racisme ». J'ai été encore plus surprise lorsqu'Ousmane Thiam affirme que ces éléments sont vécus d'une manière plus violente et agressive dans les milieux hospitaliers francophones. Il explique cette situation par un *complexe identitaire* des Québécois s'exprimant dans sa relation avec l'étranger.

Cet article fait référence à un reportage qui m'a laissée davantage bouche-bée. Effectué par la journaliste Nancy Beaulieu et paru en octobre 2013 dans le *Journal 24h*, ce texte s'intitule *Quand la couleur de la peau dérange*. Il brosse un portrait général du racisme et du harcèlement que doivent subir des infirmiers dans les centres

d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) appartenant à des communautés culturelles de Montréal. Cette fois-ci, il ne s'agit pas de manifestations provenant de leurs collègues ou leurs gestionnaires, mais bien par les patients eux-mêmes. Les témoignages retenus dans cet article affirment que des commentaires comme « retourne dans ton pays » et se faire appeler « négresse » ou « la p'tite noire » sont monnaie courante. Certains points sont similaires à ceux rapportés dans l'article de Thiam. Ce comportement est dominant envers les gens de couleur et les employés, selon le reportage, seraient conscients de la situation. De plus, les infirmiers ayant peur de perdre leur travail n'osent pas parler et se retrouvent ainsi face à l'indifférence de leur employeur.

Ces lectures m'ont choquée et ont suscité plusieurs questionnements : Pourquoi le racisme est-il encore aussi présent au Québec ? Comment est-il possible que les comportements décrits ci-haut puissent être ignorés de la part de certaines personnes ? Surtout dans un milieu professionnel comme celui de la santé ? Ceci a réveillé en moi un désir de questionner les mécanismes contribuant au développement et au maintien de cette marginalisation faite à l'encontre des personnes immigrantes. Le Québec est pluriethnique et il est considéré comme étant une société ouverte, diversifiée et j'en suis fière en tant que Québécoise. J'ai donc été indignée de constater d'une part, que la couleur de peau d'une personne peut encore être dérangeante et d'autre part qu'une telle souffrance soit vécue par les professionnels de la santé qui n'osent pas en parler, parce qu'ils sont immigrants. J'aimerais comprendre ce qui amène M. Thiam, et d'autres professionnels comme lui, à se positionner de la sorte. Je souhaiterais comprendre, à partir de leur point de vue, leurs expériences quant à leur insertion socioprofessionnelle dans le système de santé québécois.

Ce mémoire propose de répondre à cette question à travers ses six chapitres. Le chapitre I présente un portrait global des enjeux de l'insertion socioprofessionnel dans le système de santé au Québec. Le chapitre II développe le cadre conceptuel, qui s'inscrivant dans une approche phénoménologique, puise de deux corps de connaissance (la communication organisationnelle et la communication interculturelle). Le chapitre III décrit la démarche méthodologique découlant de la phénoménologie et la stratégie de recherche, soit le récit de pratique professionnel. Les résultats des récits de pratique sont par la suite présentés dans le chapitre IV sous forme de portrait des informateurs, présentant la trajectoire d'insertion socioprofessionnelle que chacun d'entre eux a vécu. Ensuite, le chapitre V nous permet d'approfondir les résultats présentés dans le chapitre IV, les articulant plus finement au cadre conceptuel. Notamment en ce qui concerne la question de la liberté et du choix, de l'inclusion par la reconnaissance *au* travail et la reconnaissance *du* travail d'infirmier et finalement des infirmiers pris dans les contraintes du système de santé québécois. En dernier lieu, nous procèderons dans le chapitre VI à un dialogue des résultats du mémoire avec la littérature présentée dans le chapitre I et terminerons avec la conclusion.

CHAPITRE I

PORTRAIT ET ENJEUX DE L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNEL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Dans ce chapitre, nous articulons la problématique de recherche à partir de deux axes. Le premier correspond aux enjeux reliés au contexte de migration québécois et au système de santé québécois. Le deuxième axe réfère plus particulièrement à l'intégration socioprofessionnelle des personnes immigrantes. Alors que l'insertion d'immigrants au marché du travail favorise leur intégration à la société québécoise, le système de santé a peu été problématisé dans la littérature en tant que milieu de travail pour ces derniers, ce qui soulève la question de leur intégration socioprofessionnelle. Comme nous le verrons, les quelques études sur le sujet montrent qu'il s'agit d'une porte fermée et que les entraves pour y accéder se multiplient, et ce même lorsque l'immigrant réussit à y être embauché. À partir de cette articulation de la problématique, nous présenterons ensuite nos objectifs et questions de recherche, de même que la pertinence communicationnelle et sociale de notre démarche.

1.1 Mise en contexte de l'immigration économique au Québec

Une forte immigration¹ ayant eu lieu au Canada dans les années 1960-1970 a été porteuse de changements importants dans le profil ethnique, culturel et sociodémographique de la population canadienne, ce qui a suscité une prise de conscience de la diversité culturelle et sociale au pays (Cognet, Couturier, Rhéaume, & Bertot, 2010 ; Battaglini, 2010 ; Bouchard, 2012). Au Canada, cela s'est matérialisé dans l'institutionnalisation du multiculturalisme. Le multiculturalisme est un modèle d'intégration sociale et politique d'accueil de la diversité culturelle.

¹ Dans le cadre de ce mémoire, l'immigration sera comprise telle que définie par le Gouvernement du Québec, c'est-à-dire : « l'entrée dans un pays d'accueil d'individus ou de groupes humains non autochtones qui viennent s'y établir, généralement pour y trouver un emploi » (Tremblay, 2012, p. 617).

Institutionnalisé en 1981, mais adopté en 1971, le multiculturalisme vise à « revendiquer le statut d'une seule et unifiée société d'accueil » (Gagnon & Iacovino, 2003, p. 431). Ce modèle revendique l'égalité entre tous les différents peuples du pays ; fier de sa diversité, le Canada se définit par « la composition plurielle de sa société » (Saillant, 2007, p. 100). Dans cette vision pluraliste de l'identité canadienne, les citoyens et les immigrants contribuent à une identité canadienne forte tout en affirmant leur propre identité culturelle.

Les Québécois ont perçu dans cette politique une menace à leur identité nationale canadienne-française (Bouchard, 2012 ; Gagnon & Iacovino, 2003). Considéré comme une réponse au modèle canadien du multiculturalisme, le Québec a adopté le modèle interculturel en 1981 afin de répondre à ses différentes composantes culturelles, et ce tout en assurant la protection de l'identité québécoise (Gagnon & Iacovino, 2003). La province s'est donc dotée de son propre ministère de l'immigration et de sa propre Loi sur l'immigration, et ce même si le processus d'immigration est une responsabilité fédérale. Adoptée de nouveau en 1994 et en 2006, cette loi permet aujourd'hui à la province d'administrer la sélection, l'accueil et l'intégration des immigrants qui désirent s'établir de façon permanente ou temporaire dans la province (immigration.ca, 2014 ; Rimok, 2008).

La façon dont la diversité culturelle est définie et institutionnalisée au Québec doit alors se comprendre dans une logique de protection : La politique québécoise d'immigration vise à protéger le Québec et à protéger sa culture. (Gagnon & Iacovino, 2003, p. 421). Cette logique se traduit dans la façon dont est perçue la diversité culturelle au Québec, c'est-à-dire comme étant un rapport entre un groupe majoritaire et un groupe minoritaire.

Nous croyons que cette manière de définir la diversité culturelle pose problème. La distinction entre le groupe majoritaire, constitué de « personnes d'origine canadienne-française », et considéré comme étant la norme et le groupe minoritaire, constitué des « personnes d'origine canadienne-anglaise, les autochtones, les immigrants et les minorités visibles » comme étant l'exception (Rimok, 2008, s.p.). La diversité est utilisée dans ces termes pour définir les écarts basés sur des critères liés à la culture et où « la majorité et la minorité, expriment notamment, que le plus grand nombre peut accéder à de meilleurs statuts » (Rimok, 2008, s.p.). Cette manière de nommer la diversité culturelle dissimule le rapport de domination caractérisant la relation entre les groupes majoritaire et minoritaire. Différencier par la culture, dans ces termes vient également renforcer une certaine exclusion, interdisant à celui ou celle qui fait partie du groupe minoritaire « de s'inclure comme membre à part entière de la société dans laquelle pourtant il vit » (Cognet et Montgomery, 2007, p.7).

1.1.1 Défis démographiques au Québec et immigration économique

Comme au Canada, la croissance démographique du Québec est au ralentissement. La société québécoise est dans une impasse parce que la société est vieillissante, parce qu'il y a une demande de la main d'œuvre créée par des départs massifs à la retraite et aussi parce qu'il y a une baisse du taux de natalité dans les foyers québécois (Tremblay, 2008; Langlois, 2005; OCDE, 2013, p. 9)². Dans cette lignée, la ministre de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI) Kathleen Weil, soutient dans le Plan d'immigration du Québec pour 2015 (Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 2014, p. 5) que :

² Il en est de même pour plusieurs autres pays dans le monde tels les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. L'ampleur de la migration internationale a pris de telle proportion qu'elle assure maintenant « 40 % de la croissance démographique totale dans la zone OCDE sur la période 2001-11 » (Organisation de Coopération et de Développement Économique, 2013, p. 9).

Dans un contexte mondial de mobilité croissante des talents et de vive compétition entre les grandes sociétés d'immigration, la capacité d'attirer les meilleurs candidats revêt d'une importance capitale pour l'essor économique du Québec. L'immigration constitue un levier stratégique de notre développement, tandis que la diversité est un facteur de croissance économique et d'innovation, de même qu'une source d'enrichissement culturel.

Ainsi, selon le Rapport des immigrants au marché du travail effectué en 2009 par l'Institut de la statistique du Québec (2011, p.3), une solution pour contrer les changements démographiques, et donc économiques, repose sur deux principaux enjeux, soit « [l]'accueil d'un plus grand nombre d'immigrants et une meilleure intégration sur le marché du travail » (Statistique du Québec, 2009, p.13). D'ailleurs, un des objectifs du MIDI qui a été renouvelé pour l'année 2015 est une meilleure intégration socioprofessionnelle des personnes immigrantes (Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 2014).

Ces personnes immigreront principalement dans la catégorie d'immigrants économiques³. En vertu de la Loi québécoise, l'immigration économique représente la plus grande part de l'immigration visée par le Plan d'immigration du Québec, et ce, depuis les années 2000 (Singer, 2013). Les prévisions estiment qu'entre 31 500 et 33 500 personnes seront admises sous cette catégorie dans l'année à venir [2015], ce qui représente « 65 % [de] la part de l'immigration économique dans l'ensemble des admissions » (Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 2014, p. 8). Il existe cinq catégories au sein de l'immigration économique. Parmi les catégories de l'immigration économique, celle des travailleurs qualifiés est la dominante,

³ Il existe quatre grandes catégories d'immigration au Québec : économique, regroupement familial, réfugiés et personnes en situation semblable et les autres immigrants (Institut de la statistique du Québec, 2014).

représentant les personnes les plus admises au Québec (Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 2013).

Le plan d'immigration du Québec a, depuis les années 2012, comme objectif de « porter progressivement à 50 % la proportion des requérants principaux de la catégorie des travailleurs qualifiés détenant une formation dans des champs de compétence correspondant à des besoins exprimés sur le marché du travail » (Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 2014, p.8). Comme nous le verrons dans la prochaine section, un des milieux de travail exprimant des besoins est celui de la santé.

1.1.2 Immigration économique au Québec et le système de santé

La proposition de la nouvelle politique en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion du MIDI mise sur une meilleure intégration professionnelle et sociale des personnes immigrantes. Dans le cadre de ce mémoire, c'est particulièrement le contexte du système de santé québécois qui nous intéresse. Les personnes immigrantes ne sont pas seulement des utilisateurs de ce système, puisque qu'elles souhaitent aussi intégrer le milieu de la santé qui représente un marché du travail (Cognet et al., 2010). De fait, entre 2009 et 2013, 4.8% des immigrants projetaient travailler dans le secteur de la santé (Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion & Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 2014).

La main-d'œuvre au Québec qui travaille dans le système des soins de la santé et des services sociaux occupe le deuxième rang en importance après l'industrie du commerce. Elle y représente un peu plus d'un demi-million d'emplois (Cloutier, 2011 ; Contandripoulous, 2002). Cette main-d'oeuvre, que l'on estime à un peu plus d'un

de mi-million d'emplois au Québec, est une composante clé du système : sans ces derniers, il n'y aurait tout simplement pas de système (Contandripoulous, 2002).

Il y a présentement une pénurie de la main-d'oeuvre dans le système de la santé. Cette dernière touche principalement les professions telles que les ergothérapeutes, les infirmiers, les inhalothérapeutes, les pharmaciens d'établissement, les préposés aux bénéficiaires, les psychologues et les technologistes médicaux (Letarte, 2014). Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2014), compte tenu des départs massifs à la retraite, « 15 000 emplois seront disponibles » dans le système de la santé et des services sociaux au Québec à chaque année. Plus spécifiquement, 42% des préposés aux bénéficiaires et 30% des infirmiers et infirmiers auxiliaires seront à la retraite d'ici 2020 (Letarte, 2014).

Une des stratégies du MSSS pour combler ce manque repose sur le renforcement de l'immigration économique et plus spécifiquement sur l'intégration de la main-d'œuvre qualifiée (Maisonneuve, 2014; ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2014; Roberge, 2012). Battaglini (2010, p.8) nous met en garde face à cette nouvelle orientation gouvernemental qui ne prête pas nécessairement attention aux « enjeux auxquels les établissements de la santé font face pour tenir compte de leurs [les immigrants] particularités sociales, culturelles et sociosanitaires ». Afin de déceler ces enjeux nous dresserons dans ce qui suit un portrait du système de santé au Québec. Ensuite, nous élaborerons sur la place que joue le système de santé québécois dans l'intégration socioprofessionnelle des immigrants. Notre attention portera sur la profession infirmière qui, comme indiqué plus haut, est une des professions visées par les stratégies du MSSS.

1.2 L'intégration socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois

1.2.1 Portrait du système de santé au Québec

Le système de la santé est une responsabilité provinciale. Le système de santé au Québec est unique et complètement différencié de celui du Canada sur de nombreux points. Robert (2005) fait un portrait global de cette différenciation.

La répartition des compétences entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial ; le type d'entente liant ces paliers de gouvernement ; les valeurs à la base du système de santé ; les tendances caractérisant le renouvellement du système de santé québécois (p.1).

L'importance du système de la santé au Québec, comme dans toutes les sociétés occidentales, repose principalement sur le fait qu'il occupe « un rôle de premier plan dans l'exercice de la citoyenneté » (Cognet et Montgomery, 2007, p.1). Pour l'État québécois, ce sujet « constitue aujourd'hui un espace majeur d'intervention » alors que pour la population, « il demeure aussi un enjeu fort émotif » (Robert, 2005, p. 1). Cette situation « s'explique par la place centrale qu'occupe la santé au niveau des besoins de la population et par l'importance qu'elle revêt à l'échelle de la société » (Robert, 2005, p. 1).

Tel que défend Contandripoulous (2002), il est primordial de prendre en considération le contexte dans lequel se place le système de santé au Québec afin d'être en mesure de le comprendre. Dumais (2012, p.377) en brosse un portrait global : Alors que les établissements de santé et de services sociaux étaient sous la juridiction de l'Église, c'est dans les années 1970 que l'État va investir dans « [l]e réseau des établissements publics de santé et des services sociaux » et créer une « administration publique de services sociaux de tous ordres ». Selon Dumais (2012,

p. 377), ceci constitue « la plus grande politique sociale québécoise à ce jour ». Cette période correspond aussi à l'introduction de l'assurance maladie au Québec, ce qui donne le ton au « du réseau des établissements de la santé et des services sociaux » du Québec (Dumais, 2012, p. 377). Avant l'adoption des lois 10 et 20 en mars 2015, trois principaux niveaux constituaient le système de la santé et des services sociaux au Québec : le ministère, les agences, et les établissements publics et privés (centres hospitaliers, cliniques médicales, etc.) (Béland, 2013). Depuis, allant dans une perspective de rationalisation et centralisation du système de santé, les agences ont été abolies.

Contandriopoulos (2002, p.143) identifie quatre grands groupes d'acteurs du système de santé au Québec ; « les professionnels, les gestionnaires, le monde marchand, le monde politique ». Les professionnels de la santé représentent le plus grand groupe d'acteurs et sont eux-mêmes répartis en cinq grandes catégories, soit le personnel professionnel des soins de santé et professionnel en sciences infirmières, le personnel technique et personnel assimilé du secteur de la santé, le personnel de soutien des services de santé, le personnel paraprofessionnel du droit, des services sociaux, de l'enseignement et de la religion ainsi que les autres professions (Cloutier, 2011). Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons davantage à la première catégorie de professionnels, soit le personnel des soins de santé et professionnels en sciences infirmières, que nous définirons, en suivant en cela Saillant (2000) comme une pratique soignante, c'est-à dire « un ensemble de pratiques d'accompagnement du corps-esprit dans les situations de fragilité et dans une relation d'interdépendance » (Saillant, 2000, p.164). Comme nous le développerons dans le chapitre II, nous porterons particulièrement attention à la dimension relationnelle de cette pratique que l'on peut caractérisé comme une « forme de lien social, [un] ensemble de comportements ritualisés et gestes porteurs de symboles, faisant voir que donner des soins c'est fabriquer du lien quand le lien social est rompu ou risque de l'être » (Saillant, 2000, p. 165).

1.2.2 Les défis de l'insertion socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois

L'insertion des immigrants travailleurs économiques, plus spécifiquement des travailleurs qualifiés, sur le marché du travail pose plusieurs défis. Les principaux sont ceux liés à « la reconnaissance des diplômes, d'accès au travail, de formation à suivre, de discrimination et d'insertion dans leur milieu » (Cognet et al., 2010, s.p). Parallèlement, l'OCDE (2001, p.11) affirme qu'« une meilleure gestion des migrations de travail internationales, fondée sur les besoins du marché du travail et attentive à l'intégration, ne peut être que bénéfique ».

Une meilleure réussite de l'intégration des immigrants à la société québécoise passe par une meilleure intégration de ces derniers sur le marché du travail (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec (CDPDJ), 2013 ; Kilo-Malawbwe, 2011). Cette hypothèse repose sur le fait que « la participation au marché du travail des immigrants passe par l'intégration; or, le processus d'intégration dans la société d'accueil prend du temps » (Kilo-Malawbwe, 2011, p. 18). De fait, la condition des immigrants sur le marché du travail s'est même détériorée avec les années ; présentement au Québec, plus d'un immigrant sur deux est à la recherche d'emploi (Kilo-Malawbwe, 2011).

Selon nos recherches (c.f. Battaglini, 2005 ; Phaneuf 2009 ; CSSS de la Montagne, 2007, Tremblay, 2008 ; Hanley & Oxman-Martinez, 2007; Hyman, 2011), les études qui se sont penchées sur les changements ethniques au sein de la population ont particulièrement pris en compte la dimension culturelle dans les établissements de la santé auprès des immigrants conçus comme des utilisateurs du système. De fait, les

questions d'admissibilité au système, les enjeux éthiques et les répercussions dans les relations soignants et soignés sont les aspects qui sont principalement soulevés. Ceci s'explique notamment par le fait que la diversité culturelle au Québec a d'immenses retombées dans le domaine de la santé (Battaglini, 2005).

À notre connaissance, il existe une certaine lacune au plan de la recherche en ce qui a trait aux immigrants comme professionnels de la santé. En effet, l'intégration et l'accessibilité au marché du travail des personnes immigrantes dans le système de la santé au Québec sont peu documentées. Les enjeux et défis ont tout de même été soulevés dans différentes études, alors que les conditions de travail pour les personnes ayant accédé à un emploi dans le système de soin le sont moins. Comme le soulignent Cognet et al (2010) :

Les effets de la diversification des origines géographiques des immigrants et ses éventuelles implications en matière de santé, d'utilisation et d'adéquation des soins et services font l'objet d'une attention accrue et sont de mieux en mieux documentés [...] il n'en va pas de même en ce qui a trait aux effets de cette même diversification parmi les personnels soignants que l'on continue, bon an mal an, à se représenter *comme un ensemble homogène* (p.255, nous soulignons).

Dans une étude menée par Cognet, il était estimé que « dans la région montréalaise, 18% des infirmières étaient immigrantes et 30% étaient filles d'immigrantes » (Cognet et al., 2010, p. 255). Le pourcentage atteint 47% en ce qui concerne les auxiliaires familiaux travaillant à Montréal (Cognet et al., 2010). Également, « le nombre total de médecins immigrants admis au Québec est passé de 47 en 2001 à 321 en 2008 » (Bardai, 2010, p. 1). Les politiques d'immigration ont donc une répercussion très claire « sur le profil ethnique des professionnels de la santé » (Hyman, 2001 ; Kinnon, 1999 cité dans Cognet et al., 2010, p. 255).

1.2.3 Les politiques d'intégration socioprofessionnelle dans le système de santé québécois

Plusieurs programmes et projets provenant tant du gouvernement fédéral que provincial, des ONG, du secteur privé, etc. ont été mis en place afin de favoriser l'intégration et l'accessibilité au travail des personnes immigrantes dans le système de santé. Citons, par exemple, des campagnes d'embauche stratégique, des programmes de stage en milieu de travail, des activités d'accueil, des Journées de la célébration culturelle, etc., (Martin, 2013). De plus, afin de faciliter l'intégration des personnes immigrantes sur le marché du travail, la mesure *Défi Montréal* a été mise en place en 2009 par le MIDI. Cette mesure a comme objectif de faciliter l'insertion professionnelle des immigrants sur le marché du travail, principalement sur l'île de Montréal où plus de 80% de la population immigrante est présente (Cognet, 2007). D'ailleurs, la proposition de la nouvelle politique en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion du MIDI mise sur une meilleure intégration professionnelle et sociale des personnes immigrantes qui répond aux besoins du Québec (Direction générale de l'énoncé de politique & ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2014).

Dans la fonction publique, le *Programme d'accès à l'égalité à l'emploi* (PEA) a été mis en place en 2001 afin de corriger la discrimination dont certaines personnes sont victimes dans leur milieu de travail et aussi d'assurer une représentation proportionnelle des groupes victimes de discrimination. Le programme a été appliqué à des organismes publics, mais également à certaines entreprises privées et organismes gouvernementaux (CDPDJ, 2013). Le système de la santé et des services sociaux est donc assujéti à ce programme via la *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics*, qui a été mise de l'avant par le gouvernement du Québec en 2001 (CDPDJ, 2013).

Il y a également certains ordres professionnels qui ont pris des mesures afin de faciliter l'intégration des immigrants à leur profession. Par exemple, 501 infirmiers formés hors Québec ont intégré la profession au Québec en 2013-2014. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) affirme que cet effectif est deux fois plus important qu'en 2009-2010 et que « les diplômés hors Québec représentent 15% de la relève » (Marleau, 2014, p. 9). Plusieurs de ces diplômés sont délivrés grâce à l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) et de l'Entente France-Québec (Marleau, 2014). Ces éléments sont d'autant plus pertinents dans le cadre de notre mémoire, qui, comme nous le verrons au chapitre V, nous permettent une meilleure compréhension de la particularité de la profession infirmière.

Malgré ces nombreuses mesures, les personnes qui sont qualifiées de minorités visibles et de minorités ethniques continuent d'être sous-représentées comme employées dans le système de la santé (CDPDJ, 2013). D'une manière plus générale, en dépit des efforts du gouvernement pour bonifier l'immigration économique et l'intégration professionnelle des immigrants, le taux de chômage des personnes immigrantes est presque le double de celui des personnes qui sont nées au Québec (Cloutier, 2011).

1.2.4 Diversité culturelle dans les établissements de la santé au Québec : Discrimination systémique et racisme?

Selon la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec (CDPDJ) (2013, p. 1), « le principal facteur freinant l'intégration en emploi des personnes immigrantes et racisées serait la discrimination ». Ceci pose problème

lorsque nous nous rappelons que l'intégration à la société québécoise passe tout d'abord par l'intégration sur le marché du travail (CDPDJ, 2013).

Une étude effectuée par Eid en 2002 appui ces propos : il souligne qu'à « caractéristiques et à compétences égales, un candidat au nom de famille québécois a au moins 60% plus de chances d'être invité à un entretien d'embauche qu'une personne qui a un nom à consonance africaine, arabe ou latino-américaine » (CDPDJ, 2013 ; Eid, 2012). Une enquête effectuée par l'OCDE va dans ce même sens, à savoir que la discrimination manifestée envers les immigrants se fait principalement lors du processus d'embauche qui s'avère deux fois plus difficile pour une personne immigrante que non immigrante, et ce, dans un contexte où l'expérience professionnelle et académique est équivalente (OCDE, 2013). À titre d'exemple, le documentaire *Médecins sans résidence* publié par l'Office national du film du Canada (ONF) en 2009 révèle que 94 postes de médecins résidents sont demeurés vacants dans les hôpitaux alors que, de tous les médecins étrangers qui ont postulé pour effectuer leur résidence et qui avaient les compétences nécessaires, 60% ont été refusés (Bellange, 2010). Pour ceux qui arrivent à s'intégrer, la discrimination se poursuit par la suite une fois arrivée sur le marché du travail, au regard du salaire et des avancées professionnelles (OCDE, 2013).

Le code éthique dans les établissements de santé s'appuie sur la Charte des droits et libertés de la personne, rappelant « qu'aucune forme de harcèlement, de violence ou de discrimination n'est tolérée à l'encontre des usagers et entre les membres du personnel » (Cognet et al., 2010, p. 255). Par contre, une étude a démontré « qu'en matière de discrimination ethnique, voire raciste, les voies de pénétration dans les établissements de santé sont de deux ordres » (Cognet et al., 2010, p.265). Celle de la discrimination ethnique indirecte et du racisme systémique et celle de la discrimination directe et du racisme ordinaire (Cognet et al. 2010). L'enjeu de la discrimination systémique consiste peut-être à ce que les personnes en place dans le

système n'aient aucune véritable intention de vouloir rejeter des individus à cause de leur origine ethnique ou de leur couleur, mais plutôt que l'institution est faite de manière à exclure certains groupes dits minoritaires (Bellange, 2010).

Pour Cognet et al. (2010, p. 270), le racisme et la discrimination dans les établissements publics de santé doivent être appréhendés « comme des actions sociales prenant place au sein d'un microcosme professionnel lui-même enchâssé dans un système structurel à plusieurs niveaux ». Pour revenir à l'exemple que nous avons cité en introduction, l'infirmier Thiam soulève également le racisme et la discrimination dont il se dit être victime et témoin dans sa pratique professionnelle et dans son environnement de travail. Il soulève principalement un certain complexe relié au sentiment identitaire québécois qui serait la cause de cette discrimination, soulignant une fois de plus la dichotomie entre la minorité et la majorité. Alors que le modèle québécois d'intégration reconnaît l'hétérogénéité des groupes constitutifs de sa société « [c]ela laisse à penser qu'un discours public équilibré sur les immigrants et leurs résultats en matière d'intégration contribueraient également à réduire les stéréotypes et à lutter ainsi contre les discriminations » (Bellange, 2010, p.206).

1.3 Objectifs et question de recherche

Nous avons brossé un portrait de l'immigration économique au Québec et dépeint les défis démographiques de la province, qui ont des répercussions notamment dans le système de santé. Nous avons par la suite soulevé les différents enjeux de l'insertion socioprofessionnelle des personnes immigrantes ainsi que ses différentes politiques d'intégration dans le système de la santé tout en soulevant la question de la discrimination et du racisme. Ceci nous amène à problématiser l'intégration socioprofessionnelle des personnes immigrantes, spécifiquement dans le système de

santé québécois. Nous posons la question générale suivante : Comment les immigrants professionnels de la santé vivent-ils leur intégration socioprofessionnelle dans le système de santé québécois ? Notre objectif de recherche est de comprendre la manière dont 1) ils vivent leur intégration au Québec, 2) vivent leur intégration professionnelle et finalement de 3) comprendre leur perception du système de la santé une fois sur le marché du travail.

1.4 Pertinence communicationnelle et sociale

La recherche sur l'immigration au Québec et le système de santé a davantage traité de l'immigrant comme utilisateur du système dans la relation soignant et soigné, mais moins de l'immigrant comme professionnel de la santé, ce que nous nous proposons d'explorer dans ce mémoire. En outre, ceci nous permettra de mieux comprendre un des enjeux de l'interculturalité au Québec, plus spécifiquement dans le milieu organisationnel qu'est celui de la santé, et d'un corps professionnel, qui est celui de la profession infirmière.

De plus, par la focale de notre recherche qui porte sur la personne immigrante, nous souhaitons comprendre comment cette dernière vit et interprète son processus d'immigration plus particulièrement comme professionnel de la santé. L'approche phénoménologique (développée dans le chapitre II) que nous adoptons pour ce faire nous permet d'étudier l'intégration socioprofessionnelle des personnes immigrantes sous un angle communicationnel, c'est-à-dire, à partir de leurs interprétations et de leurs vécus face à leurs milieux de travail et aux relations qu'elles y entretiennent avec leurs collègues, supérieurs, patients, parents, etc. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, la pertinence communicationnelle et sociale se désigne dans cette approche par l'emphasis mise sur le vécu de l'altérité.

CHAPITRE II

APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE L'IDENTITÉ ET L'ALTÉRITÉ AU TRAVAIL DANS UN CONTEXTE D'IMMIGRATION

Dans ce chapitre nous développerons notre cadre conceptuel qui s'inscrit dans une approche phénoménologique de l'identité. Cette approche nous permettra de comprendre la manière dont les immigrants professionnels de la santé se définissent (et définissent leur trajectoire, leur milieu de travail, leurs collègues, etc.) à travers les relations qu'ils entretiennent avec les Autres⁴. Plus particulièrement, nous puiserons dans deux principaux corps de connaissance : D'une part, celui des théories de la communication organisationnelle qui nous permettent de conceptualiser la construction de l'identité au travail et d'autre part, celui des théories de la communication interculturelle, nous permettant de conceptualiser la relation entre identité et altérité dans un contexte d'immigration. La structure de ce chapitre se présente comme suit : dans un premier temps nous décrirons brièvement les postulats ontologiques de l'approche phénoménologique afin de spécifier leurs applications dans la communication. Ensuite, nous développerons les deux concepts du cadre ici proposé : l'identité au travail et l'altérité. Nous conclurons avec une synthèse des principaux éléments exposés dans le chapitre et nous revisiterons la question de recherche afin de proposer des questions spécifiques.

2.1 L'approche phénoménologique telle qu'appliquée aux théories de la communication

Husserl (1859-1938), reconnu « comme père de la phénoménologie », définit cette approche comme « l'étude descriptive de tous les phénomènes qui s'offrent à mon expérience de sujet » (Meyor, 2007, p.104). La phénoménologie se base tout d'abord sur un primat ontologique, le sujet (l'être), qui occupe une place centrale dans le

⁴ Dans le cadre de ce mémoire, Autre (écrit avec une majuscule) fait référence à l'altérité ou pour signifier autrui.

monde (Zook, 1994). Dans le cadre de ce mémoire, le monde est représenté par le milieu de travail de la personne immigrante.

La manière dont la phénoménologie donne sens à l'être par rapport au monde se base sur deux visions complémentaires: il y a l'être *dans* le monde et l'être qui *interprète* le monde. Ceci part de la prémisse que l'être est dans le monde, mais qu'il ne peut être seul dans le monde (Zook, 1994). La phénoménologie revendique le besoin de tous d'être en relation avec les Autres. C'est ainsi que l'être va pouvoir se définir (Craig, 2009). Chaque individu ayant sa propre subjectivité, son propre vécu, sa propre expérience, il y aura donc toujours interprétation des situations ou des relations avec autrui qui lui seront propres; interprétations qui seront effectuées à partir de ses modes de conscience par rapport aux échanges avec les Autres (Meyor, 2007, 2011, Craig 2009, Zook, 1994).

Par exemple, la personne immigrante au travail, va vivre de façon subjective comment elle va occuper et percevoir son rôle dans son environnement. Le monde est un partage d'expériences : La personne occupe donc une place qui est caractérisée par ce partage avec les autres personnes. Ces expériences, pour être vécues, définies et partagées doivent être interprétées. C'est donc la personne qui va interpréter le phénomène selon ses subjectivités issues de son vécu (Meyor, 2011).

La communication est définie par l'approche phénoménologique comme l'expérience de l'altérité (Craig, 1999). Pour reprendre Craig (2009, p.20), « la communication explique le jeu de l'identité et de la différence dans les relations humaines authentiques et nourrit les pratiques de communication qui rendent possibles et maintiennent des relations authentiques ». Le dialogue représente cette communication authentique. La communication authentique est définie comme une relation avec l'Autre de manière « directe et non médiatisée ». Elle peut prendre place lorsque nous prenons conscience que nous sommes dans un « monde partagé » et que

nous laissons de côté le « dualisme » (Craig, 2009, p.20). Ce contact authentique avec l'Autre nous permet de vivre une « expérience véritable », soit une relation humaine authentique (Craig, 2009, p.20).

Pour ce faire, la phénoménologie revendique l'ouverture d'esprit et la tolérance envers les Autres et avec les différences (Craig, 2009). La difficulté d'atteindre ou de maintenir une communication authentique (donc des relations humaines authentiques) et un dialogue (qui représente la forme idéale de communication qui est principalement représentée par le langage) représentent les problèmes de communication au sein de l'approche. Dans ce sens, Zook (2014) rapporte que « *all understanding of reality is constructed linguistically, filtered through intentional interests, and thereby always partial* » (p.349-350). L'absence de domination dans les relations telle que rapportée par Craig constitue une sorte d'idéal à atteindre, mais serait contrecarrée selon Zook (1994) par le pouvoir (défini essentiellement par la hiérarchie) qui est très ancré dans notre société⁵. La domination est donc une barrière à la communication authentique.

La volonté d'émancipation, inscrite dans l'approche phénoménologique de la communication, est définie par la volonté de donner le pouvoir d'agir aux personnes dans des contextes de domination (Zook, 1994). Selon les propos de Zook (1994), dans un milieu fortement hiérarchisée comme l'est celui de la santé, il n'y a pas de place pour une véritable communication authentique. Comme nous l'avons vu au chapitre I, les personnes immigrantes sont loin d'avoir un statut privilégié dans ce contexte.

C'est aussi dans ce contexte que la communication occupe un rôle constitutif et qu'elle s'exprime particulièrement dans la mise en dialogue. Elle permet de prendre

⁵ Dans le cadre de ce mémoire, le pouvoir, la hiérarchie et la domination sont compris au sens de la hiérarchie organisationnelle.

en considération le vécu, l'interprétation et le senti prenant part à la construction de la réalité par la création de sens (Zook, 1994). Elle met l'accent sur le *discours*, le *sens* et le *corps*⁶ de la personne (Zook, 1994). Le discours réfère à la façon d'exprimer son être dans le monde. Le sens réfère à la signification qui est donnée à son vécu et à la place attribuée à son être dans le monde. Finalement, le corps réfère à la partie plus physique que relationnelle, soit la manière dont est vécue cette place occupée dans le monde : le corps, les sentiments, les émotions, etc.

Dans le milieu du travail, et plus particulièrement dans le système de la santé qui est fortement institutionnalisé, nous croyons qu'il est intéressant de se pencher sur les expériences vécues par les individus : leurs discours autour de leurs vécus, le sens qu'ils donnent à ce vécu, et les sentiments qu'ils y associent. La prochaine section présente la construction de l'identité comme une manière de comprendre les discours, vécus et sens. Pour les personnes immigrantes, la construction identitaire (qui représente une expérience de soi) se fait majoritairement par l'entremise du travail une fois arrivé au pays.

2.2 L'identité au travail

Le travail revêt une importance capitale de nos jours, plus particulièrement dans notre société industrialisée, et ce, autant pour la société que ses individus. Nous passons une grande partie de notre temps au travail ; les menaces et stigmates nous affectent largement et peuvent avoir des répercussions sur notre vie personnelle, à un point tel que Rhéaume (2001, p.11) considère que « le travail conditionne la vie privée ». L'auteur affirme même que le travail « permet à la personne de se définir, par un

⁶ Compte tenu du caractère exploratoire du mémoire, nous nous sommes surtout concentré sur le discours et le sens.

processus de construction identitaire, et de se réaliser dans ses compétences, comme il permet à la société de se produire elle-même » (Rhéaume, 2001, p.11). Le travail permet à l'individu de développer une identité, non seulement dans le milieu professionnel (identité au travail), mais également en tant qu'individu dans la société (identité sociale).

Alors que le travail permet l'intégration sociale dans une société, « l'identité est définie comme un processus de représentation de soi par lequel les individus organisent leur expérience » (Zavalloni et Louis-Guérin, 1984 dans Misanthrope & Costalat-Founeau, 2014, p.47). De fait, c'est par leur vécu que les individus seront en mesure d'interpréter un phénomène, une situation et de définir leurs perceptions. Suivant l'approche phénoménologique nous pouvons alors affirmer que l'insertion dans le monde du travail est donc importante pour quiconque, puisqu'elle permet à l'être humain de se réaliser et de se définir en tant que personne.

Le milieu du travail représente donc un milieu de construction identitaire essentiel servant de base aux individus (El Akremi et al., 2009). Le travail étant le principal lieu où la personne immigrante peut interagir avec l'Autre, il devient « le lieu central du lien social, le travail représente l'un des sièges du sens existentiel, et ainsi un champ privilégié de la quête identitaire » (Brun et Dugas, 2005 dans El Akremi et al., 2009, p.665). Les personnes qui immigreront dans la catégorie immigrant économique le font dans l'objectif de se trouver un travail. L'échec auquel plusieurs font face a des répercussions significatives sur la manière dont elles se perçoivent et se sentent perçues par les Autres, donc sur leur identité.

La construction de l'identité est considérée comme « une émanation sociale », c'est-à-dire que « sa construction et le sens qui lui est donné sont donc tributaires d'une reconnaissance mutuelle des acteurs sociaux et organisationnels » (El Akremi et al., 2009, p.664). Deux principaux aspects ressortent des recherches concernant

l'identité au travail et seront développés ici, soit : 1) les relations sociales comme étant à la base de la construction identitaire et 2) l'importance capitale de la reconnaissance dans ce processus (Dubar, 1992; El Akremi et al., 2009; Lipiansky, 1993; Rhéaume, 2001).

2.2.1 Les relations sociales comme base de la construction identitaire

Lipiansky souligne l'importance des relations sociales⁷ dans le développement de l'identité. Pour l'auteur, l'identité est « constamment reproduite, confirmée ou remise en cause par l'ensemble des interactions sociales dans lesquelles nous sommes engagés » (Lipiansky, 1993, p.37). Une approche communicationnelle de l'identité nous permet de nous intéresser aux relations sociales afin de comprendre la manière dont l'identité se construit. De fait, une part important des relations que l'on entretient avec les autres « tend à produire une certaine image de soi, à entériner ou remettre en cause celle que l'interlocuteur veut donner de lui et à “négocier” ces différents aspects » (Lipiansky, 1993, p.32). Ces relations sociales prennent place grâce à la communication. Tel qu'avancé par Lipiansky (1993, p.32-33), l'« identité conditionne la communication » tout en étant un enjeu de cette dernière où « [c]hacun cherche à se faire confirmer par autrui l'image qu'il veut avoir de lui-même ». C'est en quoi l'identité est « la résultante » de la communication (Lipiansky, 1993, p.34).

⁷ Selon la perspective phénoménologique, les interactions sociales s'inscrivent dans la « constitution du contexte de sens commun [...] et au contexte d'expérience où ils sont opérants » (Cefaï, 1998, p. 90). L'interaction sociale rapporte aux « rapports [d'un individu] avec les autres individus dans un milieu social organisé » (Cefaï, 1998, p. 231). Dans ce mémoire, les interactions sont comprises comme les relations sociales, telles que définit par l'approche phénoménologique. Nous explorons dans le cadre des récits de pratique les relations que les informateurs ont au travail avec les autres.

L'identité se construit dans un environnement où ces relations sociales ont lieu. Dans le contexte de ce mémoire, l'environnement est défini par les rôles et les positions à partir desquels l'identité du professionnel de la santé prend place.

Communiquer implique une définition corrélatrice du locuteur et de l'interlocuteur et de la relation qui les relie. Comment s'adresser à quelqu'un si l'on ne saisit pas, même confusément, quelle définition de soi va s'actualiser dans l'interaction, en rapport avec l'identité d'autrui ? (Lipiansky, 1993, pp. 31–32)

La manière dont autrui va s'adresser à l'Autre définira l'orientation des échanges, ce « en fonction de l'image que les interlocuteurs se font l'un de l'autre (image qui vient d'une connaissance préalable, du statut ou des impressions immédiates) » (Lipiansky, 1993, p.32-33). Cette image sera déterminée en fonction des interprétations issues de cet échange et des significations qu'ils donneront à cette relation.

2.2.2 L'enjeu de la reconnaissance

Cette dimension relationnelle de l'identité nous renvoie à la notion de la reconnaissance. Lipiansky (1993, p.33) perçoit des besoins identitaires au sein de cette reconnaissance, des besoins liés à « [l']existence, [l']intégration, [la]valorisation, [le]contrôle, [l']individualisation ». L'identité se construit donc en fonction de ce besoin de reconnaissance. De fait, « la reconnaissance [...] implique un mode spécifique d'interaction et d'intercompréhension avec la hiérarchie et avec les collègues » formant des « *relations intersubjectives* » (Dejours, 1993, p.6, italique dans l'original). La reconnaissance au travail est pour Dejours (1993) un vecteur de la construction identitaire. Cet Autre va porter plusieurs chapeaux en même temps, étant « à la fois miroir du moi, double, alter ego, et en même

temps, autre, étranger, adversaire » (Lipiansky, 1993, p.34). Dans ce contexte la communication est considérée comme étant un « processus interactif caractérisé par le fait que la perception d'autrui et celle de soi-même sont contemporaines et corrélatives » (Lipiansky, 1993, p.34-35). L'identité qui est formée par l'entremise de relations sociales et du besoin de reconnaissance soulève la nature relationnelle de l'identité, de sa dimension interactive. Par la communication, ceci implique « un rapport de places entre les interlocuteurs » (Lipiansky, 1993, p.36). Alors que les moments critiques ou bouleversements dans la vie d'un individu vont influencer la perception de soi, pourrions-nous dire que l'immigration fait partie de ces moments critiques ? Quelle place occupe le travail dans ce contexte ?

L'importance du rôle de la reconnaissance, plus particulièrement au travail, est une notion qui est présente dans toutes les recherches menées par plusieurs auteurs en lien avec la construction de l'identité (Dubar, 1992; El Akremi et al., 2009; Lipiansky, 1993; Rhéaume, 2001, Dejours, 1993); comme déjà mentionné, ceci en raison de l'importance que le travail occupe à notre époque.

Le travail peut être appréhendé comme un cadre spatio-temporel d'une construction identitaire affirmée (ou infirmée) par la reconnaissance issue des relations professionnelles, mais comme activité, il devient l'ingrédient même de cette construction identitaire (El Akremi et al., 2009, p. 664).

La construction de l'identité au travail se fait dans la relation avec les Autres ; la reconnaissance de l'Autre devient le moteur de cette relation. Le travail peut alors être soit une source de « plaisir ou de souffrance » selon si cette reconnaissance des Autres (les collègues et supérieurs) est présente ou non (Rhéaume, 2001, pp.11-12). Il devient une source de plaisir, permettant « la réalisation de soi », lorsqu'il y a reconnaissance du « développement des compétences, [et] la réalisation d'une production ou d'un service utile, bien fait et reconnu comme tel » (Rhéaume, 2001,

pp.11–12). Ces aspects constituent également des « besoins identitaires » et lorsque qu'ils ne sont pas comblés, le travail devient une source de souffrance résultant en :

Charge mentale ou psychique trop forte, absence des conditions de développement de soi et de ses compétences, non-reconnaissance, isolement, etc. L'individu va alors se défendre et adopter des stratégies individuelles ou, avec ses collègues de métier, élaborer des stratégies collectives pour diminuer, éviter ou supprimer cette souffrance (Rhéaume, 2001, p.12).

L'identité professionnelle est un des éléments constituant l'identité au travail. Pour Real (2010), la façon dont le professionnel de la santé va se placer et interpréter son milieu de travail va constituer son identité professionnelle. L'identité professionnelle dans les organisations de la santé est construite à partir des différentes actions que les professionnels font avec d'Autres, par exemple, « *by treating patients, making referrals, dealing with third-party payers, and the broader discourse of medicine* » (Real, 2010, p. 458). Bien que la qualité des relations avec une personne ou un groupe de personnes soit importante dans le processus de construction identitaire, il est intéressant de constater que le cadre institutionnel va également être un élément important dans la représentation du « soi » dans le milieu de travail. Le discours engendré par une profession reconnue dans le système de la santé en est un exemple.

2.3 L'identité dans un contexte de diversité culturelle

Dans la partie précédente, nous nous sommes penchées sur la construction de l'identité au travail. Nous y avons souligné que c'est l'Autre qui permet de forger l'identité de la personne, et la reconnaissance des partenaires et des collègues y jou un rôle fondamental. Nous cherchons maintenant à comprendre comment se construit l'identité dans un contexte de diversité culturelle, tel que celui du système de santé québécois.

Le témoignage de l'infirmier Ousman Thiam présenté en introduction de ce mémoire a déclenché nos questionnements concernant l'insertion socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé. Afin de comprendre le sentiment vécu par ces immigrants, la communication interculturelle nous offre une approche conceptuelle qui met au centre l'altérité, une altérité qui, en concordance avec l'approche phénoménologique, doit être perçue telle que vécue et comprise en tenant compte du sens donné. Nous définirons la communication interculturelle comme référant « aux phénomènes de communication en situation de pluralisme ethnique et culturel » (Hsab & Stoiciu, 2011, p.12) et l'altérité comme le processus de relation aux Autres, c'est-à-dire « des porteurs de cultures différentes en interactions au sein d'un même pays, d'une même société » (Hsab & Stoiciu, 2011, p.16).

Pour les buts de ce mémoire, nous avons retenu deux principaux aspects qui ressortent des recherches en communication interculturelle et qui seront développés dans les sections suivantes. Il s'agit de la figure de l'immigrant comme Autre et de la dynamique d'inclusion et d'exclusion.

2.3.1 La figure de l'immigrant comme Autre

Comme il en a été question dans la problématique, la manière de percevoir l'Autre dans une société dépend des modalités de gestion de la diversité culturelle qui y sont établies (Cohen-Emerique, 2011). Au Canada et au Québec, la politique d'immigration se veut inclusive. Pour le multiculturalisme, l'Autre n'est donc pas cadré comme étant le différent à soi alors que l'interculturalisme souligne davantage cette idée, renforçant la distinction entre le *Nous* et le *Eux*. Bref, l'idée est basée sur la différence liée à la culture au sein de notre société engendrant ce que certains auteurs

dénoncent comme étant de la discrimination systémique dans les milieux de travail. La manière de percevoir l'Autre va directement définir les « processus d'interactions entre individus et groupes » (Cohen-Emerique, 2011, p.ii). Ces processus, inhérents à la construction identitaire, se font dans ce contexte d'altérité.

En communication interculturelle, la figure emblématique de l'étranger prend surtout la forme de l'immigrant, traité sous plusieurs angles considérés séparément ou ensemble [...] Parallèlement, cette figure peut aussi être celle de l'enclavé qui passe de génération en génération dans son huis clos culturel, pas tout à fait immigrant ou ni complètement citoyen (aux yeux des autres), à la fois inclus et exclu » (Hsab & Stoiciu, 2011, p.16).

N'étant ni perçus complètement comme citoyens ou immigrants, ceci peut engendrer la perte de « certains de leurs repères identitaires » (Cloutier, 2011, p.95), surtout causée par la perception de la société d'accueil. Il semble essentiel de comprendre la manière dont ils vivent ce « huis clos culturel » (ibid) dans le milieu de travail, notamment sur le plan des répercussions qu'implique la manière dont nous les considérons, et du coup comment ils se considèrent (et réciproquement). Ceci soulève les limites à la fois de l'inclusion et de l'exclusion.

2.3.2 La dynamique d'inclusion et d'exclusion

Le professionnel de la santé construit son identité entre autres en tant qu'immigrant, Québécois et Canadien. Le milieu de travail contribue à la construction de son identité, c'est l'endroit où il est le plus souvent en contact avec d'autres membres de la société. L'altérité est une « véritable dialectique du rapport à soi par cette reconnaissance de l'Autre, elle peut se faire ouverture et source de construction identitaire plus riche, mais également fermeture, pouvoir de réification ou d'exclusion » (Cognet et Montgomery, 2007, p.2). La manière dont l'altérité va se caractériser

pour autrui va délimiter les frontières de l'exclusion et de l'inclusion. Lorsque les individus « se sentent en position d'insécurité, d'infériorité et d'exclusion » il y a « quête de reconnaissance » des individus qui illustre à nouveau des « besoins identitaires » (Diana Misanthrope & Costalat-Founeau, 2014, p.48). Tout comme dans la construction de l'identité au travail, lorsque ces besoins identitaires ne sont pas satisfaits, les personnes développent des stratégies défensives afin de protéger leur identité.

Dans un contexte de diversité culturelle, les notions d'exclusion et d'inclusion sont régulièrement associées à celle de l'altérité. L'altérité prend deux formes principales, soit « l'altérité du dehors » (l'exclusion) et « l'altérité du dedans » (l'inclusion) (Jodelet, 2005, p.10). Dans un contexte de diversité culturelle, l'altérité est régulièrement associée à « une appartenance de groupe » ; ce que l'auteure associe au produit « d'un double processus de construction et d'exclusion sociale » (Jodelet, 2005, p. 10). Cette manière de définir l'altérité renvoie selon Jodelet (2005) à l'altérité radicale, soit de définir l'Autre uniquement par ses appartenances ethniques et culturelles. Les immigrés les plus récents dans notre société représentent « ces figures d'altérité plus ou moins radicales » (Cognet et Montgomery, 2007, p.2). Cette altérité qui renvoie à ce qui « n'est pas "le soi" ou "le nous" [est] lieux d'affirmation d'une identité » (Jodelet, 2005, p.11), mais va également renforcer les frontières d'exclusion dans ce contexte. De fait, « [e]n situation de domination et de hiérarchisation sociale, il se traduit par une destitution du droit de l'individu à être du "dedans" » (Cognet et Montgomery, 2007, p.3). À lumière de ces réflexions, nous pouvons affirmer que le fait d'être « autre », immigrant, peut être un facteur déterminant l'expérience de travail comme lieu de souffrance ou de plaisir.

Nous avons compris précédemment l'importance de l'insertion professionnelle pour les immigrants. Alors que le système d'immigration a comme objectif d'attirer plus d'immigrants qualifiés, les nouveaux arrivants semblent faire face à une sorte de

paradoxe au moment d'intégrer le marché du travail. D'une part, « on valorise leurs qualifications professionnelles en tant que critère de sélection pour l'immigration » et d'autre part, « on leur signifie qu'ils doivent y renoncer, voire camoufler ce même bagage » (Boulianne, 2011, p. 7). Dans ce paradoxe, il y a déjà une dynamique d'inclusion et d'exclusion. Pour ceux qui arrivent à intégrer le marché du travail, comment ce processus affecte-t-il leur identité et influence leur expérience et leur travail?

L'expérience migratoire, tout comme l'expérience post-migratoire suppose « une remise en question ou un certain décalage par rapport à l'identité [professionnelle, sociale et personnelle] qu'une personne s'est forgée tout au long de sa vie » (Cloutier, 2011, p. 94). Il est donc question de deux types d'identité qui sont créés d'une part par celle que « la société d'accueil attribue aux personnes » et d'autre part par « celle qu'elles ont incorporée tout au long de leur trajectoire » (Cloutier, 2011, p. 95). Le paradoxe exposé précédemment va venir ébranler ces deux identités suite à l'immigration « puisque les composantes professionnelles de l'identité incorporée ne sont pas reconnues par le nouveau pays » (Cloutier, 2011, p. 95). Ceci peut donner lieu à un déséquilibre identitaire, qui est caractérisé « lorsqu'un rapport de position ne permet plus à chacun de conserver à ses propres yeux et de défendre devant les autres une image valorisante de lui-même » (Diana Misanthrope & Costalat-Founeau, 2014, p. 47). La perte de repère identitaire est liée au déséquilibre identitaire qui se manifeste lorsque « l'altérité s'oppose à l'identité et pose la diversité, la pluralité qui impliquent la différence » (Jodelet, 2005, p. 12). Frôlant une fois de plus les limites de l'altérité et de l'altérité radicale trouvant en son noyau « [l']identité, la diversité, la hiérarchie, le conflit, [et] la transformation » (Jodelet, 2005, p. 12). Ces éléments vont se manifester sous différents angles au sein de notre société et vont être intrinsèquement liés au processus de construction identitaire.

2.4 Synthèse du cadre conceptuel et relecture de la question de recherche

L'approche phénoménologique nous permet de comprendre comment les personnes immigrantes professionnelles de la santé se définissent, à partir de leur interprétation et de leur vécu, et en fonction de leurs relations aux Autres. Parallèlement, c'est également cette logique qui est à la base de la construction identitaire. Dans ce contexte, l'importance du travail est soulignée parce qu'il est intrinsèquement lié à l'intégration sociale. Cette intégration socioprofessionnelle relève d'une importance particulière dans un contexte de diversité culturelle.

Dans cette optique, quatre principaux concepts ressortent de notre cadre. D'une part, ceux de la reconnaissance et des relations sociales dans le processus de construction identitaire au travail. D'autre part, le concept d'altérité, plus spécifiquement perçu comme l'Autre qui représente l'étranger et la dynamique inclusion/exclusion qui y est engendré dans un contexte interculturel. De plus, nous trouvons important de rappeler que les relations sociales sont basées sur des relations de pouvoir, donc de domination et de hiérarchie.

La question du vécu de l'intégration professionnelle des immigrants dans le système de santé demeure l'enjeu principal de ce mémoire. Nous croyons qu'une focale sur le processus de construction identitaire de l'immigrant au travail dans un contexte d'altérité peut nous permettre de répondre à notre questionnement de départ. Rappelons que notre question de recherche formulée dans la problématique est la suivante : Comment les immigrants professionnels de la santé vivent-ils leur intégration socioprofessionnelle dans le système de santé québécois ? À la lecture de notre cadre conceptuel, nous reformulons notre question dans ces termes : Comment les immigrants professionnels de la santé vivent-ils l'expérience d'être Autre dans un

contexte d'intégration socioprofessionnelle tel que dans le système de santé québécois ?

Plus spécifiquement, nous nous demandons ;

- Comment la reconnaissance est-elle vécue, interprétée et sentie dans les relations de travail?
- Comment la dynamique d'exclusion et d'inclusion est-elle vécue, interprétée et sentie au travail et dans les relations de travail?
- Quelles sont les perceptions d'être Autre et de l'Autre selon ces vécus?
- Quelles sont les définitions du milieu de travail (collègues, institutions, rapports, etc.) données par l'immigrant selon ses vécus?

CHAPITRE III

DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE AU RÉCIT DE PRATIQUE

Comme nous l'avons présenté dans le chapitre II, notre recherche s'inscrit dans l'approche phénoménologique. Dans ce chapitre, nous allons exposer les retombées méthodologiques de cette approche. Pour ce faire, nous allons d'abord présenter le type de recherche, soit exploratoire, et notre approche méthodologique, dite qualitative. Par la suite, nous présenterons notre stratégie de recherche qui est le récit de pratique, s'en suivra la collecte de données par le biais de l'entretien biographique et finalement, notre stratégie d'analyse de données qui est l'analyse thématique. Nous discuterons à la fin de notre positionnement comme chercheure.

3.1 Recherche exploratoire et approche qualitative

Notre recherche est exploratoire dans la mesure où nous souhaitons élucider un phénomène qui, à notre connaissance, a été peu exploré dans la littérature existante (Gauthier, 2010). Selon Gauthier (2010), « [p]our aborder les questions exploratoires, on privilégie une approche qui permet de s'imprégner de l'essence d'une situation, d'en capter la complexité et d'en interpréter le sens » (pp.171–172). À cette fin, nous croyons que l'approche qualitative est la plus pertinente, car elle permet de mettre l'accent sur les interprétations et les perceptions des expériences vécues et de l'individu, éléments qui forment la base d'assise de notre cadre conceptuel (Mongeau, 2011).

La méthodologie qualitative nous permet d'une manière inductive de prendre en considération le vécu des personnes immigrantes et le sens qu'elles donnent à leurs expériences selon l'interprétation qu'elles en font. Plus précisément, mobilisons le

récit de pratiques comme stratégie de recherche. Ce récit nous permet de mettre l'accent sur l'aspect temporel, le vécu et les interprétations des immigrants.

3.2 Stratégie de recherche : le récit de pratique

Le récit de pratique utilisé comme stratégie de recherche, s'inscrit dans la lignée du récit de vie, et de manière plus générale dans l'approche biographique⁸. Tel qu'affirmé par Bertaux, le récit de vie fait référence à la « représentation totale » de la vie « d'une personne », ce qui représente, pour l'auteur, le « long travail » exigé par « l'autobiographie écrite » (Bertaux, 2014, p. 35). Pour ce dernier, cette conception est appliquée « de manière irréfléchie au récit de vie » (Bertaux, 2014, p. 35). Afin de porter notre attention sur l'insertion socioprofessionnelle des personnes immigrantes, nous considérons qu'il y a récit de pratique « dès lors qu'un sujet raconte à quelqu'un d'autre, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue » (Bertaux, 2014, p. 35) – et qui, de plus, est en lien avec sa pratique professionnelle. Comme le souligne Bertaux, « le verbe « raconter » (faire le récit de) est ici essentiel : il signifie que la production discursive du sujet a pris la forme narrative » (*ibid*, p.35)

Compris de cette façon, le récit de pratique est donc « l'occasion donnée aux informateurs de parler de leur situation spécifique, de leur milieu professionnel et des médiations de leur vie » (Séminaire sur la méthodologie des récits de vie, 1984, cité dans Desmarais, 1986, p. 69). Dans cette perspective, Bertaux affirme que « la description d'expériences vécues personnellement et des contextes au sein desquels elles se sont inscrites [...] revient à orienter les récits de vie vers la forme de "récits

⁸ Le récit de vie est compris comme « une technique de collecte de données » alors que l'approche biographique est comprise comme « approche autonome de recherche participant d'une méthodologie propre aux sciences humaines et sociales » (Desmarais, 2010, p.361).

de pratiques''» (Bertaux, 1976, cité dans Bertaux, 2014, p. 21). L'expérience vécue est donc au centre de la démarche, tout comme elle est au centre de notre épistémologie. À partir d'expériences vécues des informateurs, nous souhaitons construire « une représentation des composantes *sociales* (collectives) de la situation » (Bertaux, 2014, 36, italique original). Cette représentation prend place dans un monde social partagé par les informateurs.

Nous recherchons dans les récits de pratique une histoire de vie, en soulignant l'importance de l'identité au travail dans la construction identitaire. C'est en quoi le récit de pratique nous permet de structurer nos entretiens autour de la vie professionnelle des personnes. Comme le souligne Bertaux (2014) « *[L]e récit de pratiques est en affinité profonde avec l'action en situation* » p. 21, italique dans l'original). Il faut ici comprendre « [l]'action, au sens le plus générique du terme, se déploie *dans le temps* ; et la forme adaptée à sa description, c'est la forme narrative, celle du *récit* » (Bertaux, 2014, p. 22, italique dans l'original). L'objectif du récit de pratique est de laisser le narrateur raconter son histoire, en prenant en considération l'énoncé comme l'énonciation – nous y reviendrons dans la section suivante sur la collecte de données (section 3.3, p. 37).

Chaque personne étant unique, chaque entretien l'est aussi, tant dans le contenu que dans la forme. Dans cette perspective, Bertaux (2014, p.27) affirme qu'il est bien important de prendre en considération le phénomène de *différentialité*, c'est-à-dire « des personnes se trouvant placées exactement dans le même statut institutionnel peuvent remplir leur rôle, exercer leur activité de façon différente parce qu'elles n'ont pas la même structure de personnalité ». Ceci rejoint également le positionnement ontologique de l'approche phénoménologique exposé au chapitre II, qui met l'accent sur l'importance de l'être, du sujet, au centre de l'étude du phénomène. C'est en quoi Desmarais (1986) soutient la pertinence de l'entretien biographique, qui est la stratégie de collecte de données privilégiée pour ce mémoire.

3.3 Stratégies de collecte de données : l'entretien biographique

L'entretien biographique a comme objectif de « permettre le déplacement du centre de gravité » du chercheur à l'informateur (Desmarais, 1986, p. 69). Ainsi, la personne peut s'approprier « le déroulement de l'entretien » et « les questions générales du chercheur » et du coup, elle « construit sa propre logique » (Desmarais, 1986, p. 69). Pour ce faire, l'informateur doit avoir une certaine liberté durant l'entretien biographique afin de rendre justice à l'expérience vécue dans toute sa singularité.

Afin d'assurer la qualité de l'entretien, « les règles du jeu » (Desmarais, 1986), doivent être préalablement établies. Les questions doivent être générales, référant à une grille d'entretien biographique élaborée par le chercheur. Nous avons donc « précisé les thèmes de recherche et développé brièvement les sous-thèmes et les questions [...] avec un maximum de clarté et de simplicité » (Desmarais, 1986, p. 70). De plus, « [l]a qualité de l'entrevue [entretien] dépend également de la qualité de l'interaction qui s'établit entre le chercheur et l'informateur », l'écoute et l'empathie peuvent par exemple être des éléments jouant en la faveur de cette interaction (Desmarais, 1986, p. 70). Malgré tout, le chercheur doit être en mesure de « gérer le poids socio-affectif de l'entretien biographique s'il veut parvenir à ses fins », ce qui représente un enjeu scientifique de taille (Desmarais, 1986, p. 70).

3.3.1 Les informateurs

Notre échantillon est non aléatoire et conséquemment au récit de pratique (également aux études exploratoires et qualitatives), il est relativement petit, soit

de quatre personnes (Mongeau, 2011). De fait, notre « objectif n'[est] pas de rendre compte d'une population, mais de recueillir de l'information pertinente pour mieux comprendre un phénomène » (Mongeau, 2011, p. 91). Nos critères de recherche sont définis de façon à cibler des personnes d'âge adulte, qui habitent sur le territoire de la région métropolitaine de Montréal, qui ont une expérience d'immigration et qui font partie de la population active. Nous ne visons pas à obtenir une représentation proportionnelle des personnes immigrantes selon leur origine ethnique, considérant que cela n'est pas réaliste. Les entretiens sont effectués avec des personnes qui travaillent, ou qui ont déjà travaillé dans le système de la santé. Les informations concernant les employeurs, ou les anciens employeurs, ne sont jamais dévoilées dans ce mémoire, tout comme aucune information qui permettrait de les identifier.

Trois méthodes de recrutement sont utilisées. La première est la méthode « boule de neige » (Mongeau, 2011, p. 90). Pour ce faire, nous comptons sur le réseau social du premier participant à la recherche afin de faire le pont avec d'autres personnes ayant les mêmes particularités et qui sont ouvertes à participer à la recherche. La deuxième méthode de recrutement consiste à contacter des personnes par le biais d'associations professionnelles et d'institutions dans le milieu de la santé.

Cependant, ces deux méthodes de recrutement n'ont pas donné les résultats escomptés. Nous avons finalement misé sur notre réseau social (collègues, amis et famille) afin de trouver les informateurs. Au total, vingt-deux personnes ont été sollicitées et étaient en mesure de nous aider dans le recrutement. Au final, les entretiens se sont effectués auprès de six informateurs disponibles et intéressés à participer à la recherche, soit quatre infirmiers et deux médecins. Suite aux entretiens une différence notable a émergé des récits (le vécu et les différentes expériences) entre les informateurs infirmiers et médecins. Par souci de cohérence et

d'homogénéité, nous faisons le choix d'utiliser dans notre corpus seulement les récits des quatre infirmiers.

3.3.2 Déroulement de l'entretien

Deux entretiens biographiques ont lieu pour chacun des informateurs. Le premier entretien, effectué en conformité avec la grille d'entretien biographique, est défini à partir de nos principales thématiques – voir la section suivante sur la grille d'entretien biographique (section 3.3.3, p. 41). Le deuxième entretien est réalisé à partir d'une analyse du premier entretien, ceci nous permettant de cibler certains points que nous souhaitons approfondir ou même d'aborder certains thèmes que nous n'avons pas eu le temps de discuter lors de la première rencontre.

Le temps prévu par entretien est déterminé en fonction du récit de l'informateur et de sa disponibilité. Les premiers entretiens se sont avérés plus longs que les deuxièmes. Au total, nous comptabilisons entre trois et quatre heures d'entretien par informateur. Tous les entretiens sont effectués en français qui est la langue professionnelle et qui peut être différente de la langue maternelle. Ils sont faits oralement, et non par écrit, étant donné que « le phénoménologue traditionnel réaffirme que l'usage communicationnel du langage est une forme de contact direct et non médiatisé entre les personnes » (Stewart, 1995, s.p.). Pour ces mêmes raisons, les informateurs sont rencontrés dans un lieu de leur choix afin de favoriser l'établissement d'une relation de confiance. Notons que deux relances (deuxièmes entretiens) sont effectuées par Skype, dû à la non disponibilité des informateurs pour une rencontre face à face.

Le récit de pratique met en évidence l'importance d'une « règle déontologique [qui] apparaît alors incontournable, le consentement libre et éclairé » (Legrand, 1993 dans Burrick, 2010, p. 12) lors de la prise de contact avec les informateurs. C'est pourquoi préalablement aux entretiens et suite à l'évaluation du projet de mémoire, nous avons effectué une demande de certification éthique au comité d'éthique de la recherche pour les étudiants (CERPE) de l'UQAM. Une fois la demande acceptée, nous avons contacté les individus concernés par la recherche. Ce premier contact a été effectué par téléphone et par courriel afin d'«[e]xposer les objectifs généraux de la recherche, le déroulement de l'entrevue [l'entretien] et l'utilisation habituelle du magnétophone ainsi que les garanties de confidentialité » (Desmarais, 1986, p. 69). Pour chaque participant, le formulaire d'information et de consentement (Annexe A – Formulaire de consentement) a été envoyé par courriel quelques jours avant l'entretien, afin de leur laisser le temps d'en prendre connaissance, de poser des questions ou d'éclaircir des inquiétudes, si cela s'avérait nécessaire. Les quatre informateurs se sont montrés confiants et n'ont pas eu de questions supplémentaires.

3.3.3 Grille d'entretien biographique

Préalablement à l'entretien, le profil sociodémographique de nos informateurs a été dressé (Ex : sexe, âge, vie familiale, éducation, emploi initial et emploi présentement, conditions de travail entre le avant et le après) (Annexe B – Profil sociodémographique) afin de nous aider dans la « compréhension du récit » (Desmarais, 2010, p. 383). Nous l'avons complété et bonifié, au fur et à mesure du déroulement des entretiens. Les entretiens biographiques ont été élaborés à partir d'une grille d'entretien biographique (Annexe C - Grille d'entretien biographique), construite en fonction de deux principales thématiques : (1) intégration socioprofessionnelle dans le système de la santé et le contexte de la santé et (2)

l'avenir. Nous avons intégré les principaux sous-thèmes de la grille d'entretien biographique en fonction de nos thématiques et de nos concepts opératoires.

Les principaux concepts opératoires que nous retenons proviennent de notre cadre conceptuel : la reconnaissance au travail, les relations au travail, la perception de l'immigrant comme Autre et la dynamique d'exclusion et d'inclusion. Finalement, un dernier concept commun à toutes les théories utilisées dans notre cadre conceptuel est celui de la hiérarchie et des rapports de domination.

La grille a également comme objectif d'amener les informateurs à s'exprimer sur leur vécu en tenant compte de leurs émotions et non seulement à partir d'un contenu à saveur davantage intellectuelle. Comme Desmarais (2010, p.379) l'affirme, afin de prendre pleinement conscience de l'histoire qui nous est racontée dans le récit de pratique, il faut prendre en considération « l'énoncé et l'énonciation ». L'énoncé « renvoie au contenu exprimé, c'est-à-dire aux expériences racontés » et l'énonciation « à la manière de construire le récit » (Desmarais, 2010, p. 379). Ceci nous a, entre autres, permis de noter la présence de thèmes plus sensibles durant les entretiens.

Finalement, avant d'effectuer les récits de pratique, nous avons testé la grille d'entretien biographique auprès d'une personne qui répondait de manière générale aux critères de recrutement. Cette démarche nous a permis d'adapter et de bonifier la grille d'entretien biographique.

3.4 Stratégie d'analyse de contenu : l'analyse thématique

Nous utilisons la méthode d'analyse la plus courante en recherche qualitative afin de procéder à l'analyse de notre corpus : l'analyse thématique. L'analyse thématique

« consiste à repérer dans chaque entretien les passages concernant tel ou tel *thème*, dans le but de comparer ensuite les contenus de ces passages d'un entretien à l'autre » (Bertaux, 2014, p. 90). Sabourin souligne qu'il faut envisager le thème comme « un noyau central de notions », et non « délimité suivant un contour précis, comme le seraient des objets matériels » (Sabourin, 2010, p. 422). Nous n'effectuons donc pas d'analyse en quantifiant les thèmes : Le thème peut prendre plusieurs significations différentes et son utilisation fréquente n'a pas nécessairement la même portée d'une personne à l'autre ou selon une situation spécifique.

Dans une approche biographique, il est proposé de « retrac[er] la trame de la narration, sans catégories préétablies » (Desmarais, 2010, p. 382). Dans le cadre de ce mémoire, compte tenu des contraintes de temps associées à la rédaction et étant donné que l'étudiante s'engageait pour une première fois dans une démarche de ce type, il a été décidé d'utiliser des catégories larges permettant de guider le travail sur le terrain et d'assurer une cohérence dans l'analyse. Ceci dit, nous avons gardé un esprit ouvert pour l'émergence de nouvelles thématiques, comme nous pourrions le constater dans les chapitres IV et V. L'analyse est effectuée en fonction des principales thématiques qui sont ressorties des entretiens et qui ont permis aux catégories d'émerger : « [l]a logique, plutôt les différentes logiques de l'informateur guident en effet le choix des catégories d'analyse dans la constitution d'un modèle concret de connaissance de l'objet » (Desmarais, 2010, p. 382). C'est pourquoi notre analyse va au-delà des thématiques de notre grille d'entretien biographique.

Chaque récit de pratique est d'abord analysé dans son individualité, pour ensuite réaliser une analyse globale des quatre récits. Pour ce faire, nous nous inspirons des étapes d'analyse proposées par Desmarais (2010) :

(1) Dans un premier temps chaque entretien (le premier et le deuxième entretien) est retranscrit sous forme de verbatim, et ce, au fur et à mesure de leur réalisation. De

cette manière, nous nous assurons d'être imprégnées de l'esprit des rencontres avec l'informateur et d'effectuer le plus fidèlement possible la transcription des propos recueillis. Tout au long des transcriptions, plusieurs notes sont prises ; certains détails des entretiens et les faits marquants par exemple. Au total, les quatre entretiens totalisent 160 pages de transcription.⁹

(2) Dans un deuxième temps ont eu lieu de nombreuses relectures des transcriptions afin de « [nous] laisser pénétrer par les propos de l'informateur » (Desmarais, 2010, p. 383). D'une part, ceci nous amène à relever « les contradictions » et « les omissions » du récit (Desmarais, 2010, p. 384) et d'autre part, à soulever le fil rouge de chaque récit.

(3) Ceci nous a permis de passer à la troisième étape, qui consiste à effectuer le résumé des entretiens (d'environ une page), en reconstruisant les propos de l'informateur. Ce résumé a été envoyé par courriel à chaque informateur afin qu'il puisse donner ses suggestions et opinions, mais également afin de valider le résumé et de vérifier s'il correspondait bien aux propos recueillis au cours des entretiens. L'objectif étant de répondre aux exigences de validation interne de la recherche, mais également de démontrer une certaine considération envers l'informateur d'un point de vue déontologique (Burrick, 2010). Trois des informateurs ont répondu et un autre n'y a pas donné suite.

(4) Suite aux réponses des informateurs, nous procédons dans un quatrième temps à une analyse en profondeur de chaque récit tout en complétant avec les données du profil sociodémographique (Desmarais, 2010, p. 384). Ceci constitue la base du narratif à partir de laquelle nous effectuons le portrait des informateurs – voir chapitre IV, (p.47).

⁹ Les transcriptions ont été effectuées à simple interligne sur un format de page *Lettre*, avec des marges définies de 2,5 cm pour les marges de haut, de droite, du bas et de gauche.

(5) Finalement, l'analyse globale des quatre récits de pratique prend place en reprenant les principales thématiques qui sont ressorties individuellement. En examinant les thématiques dans l'ensemble, nous pouvons les regrouper et reconstruire une narration collective de l'insertion socioprofessionnelle des immigrants professionnels dans le système de santé québécois (plus spécifiquement des infirmiers) comportant trois thématiques centrales: (1) la liberté et le choix, (2) la reconnaissance au travail et l'altérité et (3) l'organisation du système de santé au Québec.

3.5 Positionnement de la chercheure

Rappelons l'importance de la réflexivité du chercheur dans le récit de pratique, tant sur le plan épistémologique, analytique que méthodologique. Cette réflexivité nous amène à être un acteur important dans la démarche de recherche, à participer et à être explicite face à notre positionnement de chercheure et à notre positionnement axiologique.

Il est très important pour nous de ne pas renforcer l'idée des clichés, des stéréotypes, des différences ou encore des stigmates culturels dans ce mémoire. Nous ne voulons pas renforcer l'idée de l'Autre comme étranger. C'est la raison pour laquelle l'approche phénoménologique est privilégiée puisqu'elle nous semble la plus pertinente d'un point de vue éthique, et non seulement d'un point de vue scientifique. Cette approche définit notre posture méthodologique dans la manière d'établir la relation avec l'informateur et également dans la manière de conduire les entretiens. Elle nous permet de nous attarder au vécu de la personne, à partir de son point de vue et sans jugement de notre part.

Pour ce faire, nous devons prendre conscience de qui nous sommes, de notre expérience et de notre vécu dans ce processus. Bref, du « chemin à parcourir soi-même comme chercheur vivant le phénomène » (Meyor, 2007, p.112). Comprendre que nous partageons le monde avec ces personnes, permet de comprendre le phénomène étudié. Ce que nous avons recueilli lors des entretiens appartient à l'expérience des personnes immigrantes, comme elles nous l'ont racontée (donc en relation avec nous). Dans ce contexte, « [i]l n'est ici aucune exemption pour le chercheur que le partage de l'expérience humaine » (Meyor, 2011, p. 7). La relation est donc intersubjective avec les informateurs, mais constitue tout de même une expérience authentique (Craig, 2009 ; Meyor, 2011, 2007).

L'adoption de cette posture réflexive par rapport à notre rôle nous a permis de définir notre relation avec les informateurs dans l'optique d'établir un climat de confiance, soit un contact « direct et non-médiatisé », afin d'atteindre une communication authentique (Craig, 2009, p.20). De fait, l'authenticité dans la relation représente la preuve que la personne est en confiance et est touchée lorsque le chercheur adopte une attitude de compréhension (Burrick, 2010; Meyor, 2011). Ce regard réflexif sur l'entretien teinte également la façon de faire l'analyse des résultats : L'expérience et le vécu étant en soi subjectifs, l'objet à l'étude est examiné de manière subjective (Meyor, 2011). Notre analyse est donc intersubjective, elle dépend tout aussi de notre vécu (de nos expériences) dans le monde et de nos interprétations qui en découlent que de celles de nos informateurs (Meyor, 2007).

CHAPITRE IV

L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNEL : PORTRAITS DE QUATRE RÉCITS DE PRATIQUE

Dans ce chapitre, un portrait des informateurs est brossé à partir de la manière dont ils ont vécu leur insertion socioprofessionnelle dans le système de santé québécois et du sens qu'ils ont donné à cette insertion. Chaque portrait est présenté selon la structure suivante : une description détaillée de l'informateur; la ligne directrice de son parcours migratoire; sa perception d'être Autre et son vécu de la dynamique inclusion/exclusion dans le système de santé; les relations avec ses collègues, patients, amis et la question de la reconnaissance et sa perception de l'avenir.

4.1 Portrait de Boubacar¹⁰

4.1.1 Description

Boubacar, est un jeune homme de 30 ans de nationalité guinéenne. Il vit à Montréal avec sa copine et n'a pas d'enfant. Il est le seul informateur ayant émigré au Canada lorsqu'il était très jeune, soit à l'âge de 12 ans, en 1997. Son parcours se démarque ayant quitté son pays en compagnie d'un cousin dans le but de rejoindre des tantes qui habitaient déjà Montréal. Ses parents, sont demeurés en Guinée Conakry. Ils ont fait ce choix, motivés par l'instabilité politique qui existait dans leur pays d'origine. Leur objectif visait la réussite professionnelle de leur fils. Depuis, Boubacar a toujours habité Montréal, il y a de cela maintenant 18 ans. Il a commencé à travailler très jeune, à l'âge de 14 ans. Mais son choix de carrière s'est défini en 2005, lorsqu'il était au CEGEP. Ainsi il a décidé de devenir infirmier : c'était un emploi qui assurait une stabilité professionnelle et un salaire, ce qui représentait donc un gage de réussite.

¹⁰ Nous avons utilisé des pseudonymes pour tous nos informateurs afin de préserver leur anonymat et leur intégrité. De plus, les informations nominales ont été omises pour ces mêmes raisons.

Ses premières expériences professionnelles en tant que préposé aux bénéficiaires ont débuté à ce moment-là. Il travaille dans le système de la santé depuis maintenant 10 ans. Présentement, il occupe deux emplois à temps partiel : Il travaille comme infirmier aux soins à domicile et aux soins intensifs dans un hôpital anglophone.

4.1.2 Un parcours de contradictions vécu dans la souffrance

Comme Boubacar l'affirme lui-même, sa vie est marquée par plusieurs contradictions qui sont, pour lui, très difficiles à vivre. Il fait régulièrement référence à la « violence », à la « souffrance », à la « confrontation », aux « conséquences » et rapporte qu'il ne se considère pas « heureux » étant « hanté » par plusieurs aspects de sa vie. Conséquemment, son parcours d'insertion socioprofessionnelle en tant qu'immigrant est caractérisé par ces contradictions qu'il vit très difficilement notamment au plan personnel et relationnel. Il rapporte avoir l'impression de ne pas avoir eu la possibilité de faire des choix dans sa vie. Il répète d'ailleurs tout au long de son récit : « J'avais pas le choix ». Pour lui, le choix est lié à la liberté et est propre à l'expérience migratoire :

Parce que toute sa vie il [l'immigrant] cherche quelque chose, il cherche ce rêve, ce rêve inventé ou tant imaginé. Mais en même temps il sait qu'il souffre, il sait que s'il avait été...il a des désirs aussi, comme des désirs de liberté, mais ces libertés-là, il le cherche pas en disant je vais politiser la chose, je vais intellectualiser la chose.¹¹

Deux principales contradictions émergent du discours de Boubacar : la première est liée à son parcours d'immigration et elle est à la base de la deuxième, soit son vécu au travail. Concernant la première, Boubacar n'a pas fait le choix d'émigrer : ses parents

¹¹ Nous avons gardé l'esprit et le ton de la manière de parler des informateurs dans les citations.

ont pris cette décision pour lui alors qu'il n'était qu'un enfant. Pour lui, cela a eu de grandes répercussions.

Je ne comprenais pas [...] les conséquences que cela allait me causer dans le fond au niveau psychologique. Que tu finis par trainer dans le fond, une bonne partie de ta vie au fait.

D'aussi longtemps qu'il se souvienne, une de ces conséquences est qu'il se sent partagé et déchiré entre deux identités : la Québécoise et la Guinéenne. Il conserve un attachement très fort envers son pays d'origine qu'il considère encore comme étant son vrai « chez soi ». Par contre, d'autres journées il se sent plus attaché au Québec, à Montréal. Il exprime ainsi cette ambivalence:

Tsé on peut se parler et au moment de la discussion ben je peux bien penser comme un québécois, mais en même temps je peux penser comme un euhhh guinéen ou bien être contradictoire d'une minute à l'autre, ça me met mal mettons...ça rapporte tout le temps à ma culture.

[...]

Mais dans les deux identités, il y a quelque chose qui me manque farouchement, que je ne suis pas capable d'atteindre un zenit de plaisir à être québécois ou guinéen. ((silence)) Donc à tous les jours je suis confronté à cela.

Il explique d'ailleurs que l'idée de retourner vivre en Guinée le « hante ». Cette hantise est à l'origine de la manière dont il vit aussi son insertion professionnelle. À ce sujet, il explique :

Mais quand j'ai quitté mon pays la première chose que je me suis fait dire par ma mère à l'âge de 12 ans, c'est que je m'en allais là-bas et qu'il fallait que je réussisse. [...] donc la réussite c'est le leitmotiv premier de l'immigrant.

C'est pourquoi il considère ne pas avoir fait un vrai choix de carrière. Ceci nous amène à explorer la deuxième contradiction du parcours de Boubacar. Boubacar

aurait aimé étudier en sciences politiques. Il a d'ailleurs effectué un premier DEC en sciences humaines, mais ce champ d'études ne lui garantissait pas un emploi et un salaire décent, contrairement à la profession d'infirmier vers laquelle il s'est dirigé. Cette profession était considérée comme un gage de réussite pour lui et c'est ce qui a tracé sa trajectoire professionnelle : Ce travail libéral lui assurait un emploi, un bon salaire et était, de plus, valorisé par la société. Pour lui, cette réussite se devait être tout d'abord pour sa famille, de qui il recherchait une certaine reconnaissance. C'est pourquoi le choix lié au travail le « hante » également.

J'avais une situation quand même pas mal précaire euhhh c'est-à-dire que euhhh je ne vis pas avec mes parents, que je vis une situation pas mal difficile avec mes tantes, je ne suis pas chez moi, l'aspect du travail me hantait. C'est à dire que c'est soit ça, ou ...euhhh...je ne voulais pas m'endetter, donc le choix de la profession était plutôt euhhhh ça m'était imposé, ce n'était pas un choix stratégique, mais ce n'était pas une volonté débile, genre « je me lève le matin et je veux être infirmier ».

Comme pour son attachement à un pays, Boubacar se trouve également dans le dilemme d'aimer ou de ne pas aimer son travail, de se sentir proche et loin de ses collègues. Pour lui, ces contradictions se manifestent principalement entre « mes propres attirances, ce que je désire, ce que je peux faire et les possibilités qui sont ouvertes à moi ». Pour Boubacar, vivre avec ces contradictions n'est pas facile. Selon lui cette situation l'empêche d'être heureux complètement.

Ça se vit difficilement là...ça se vit difficilement. Je te dirais qu'il y a des périodes où je me perds...mais je me perdais beaucoup plus avant je te dirais...genre de me perdre dans mon identité, à chercher des réponses qui dans le fond, que je ne trouverai probablement jamais, ou savoir ce que je veux, qu'est-ce qui serait bon pour moi...en tout cas, pleins de contradictions.

Boubacar parle du choix, des contradictions, parfois de manière assurée, d'autres fois de manière hésitante, parfois en étant mécontent ou même en riant. Son parcours migratoire et son insertion socioprofessionnelle sont des sujets sensibles pour lui,

sujets qu'il n'hésite pas à exprimer en référant à ses émotions, à son vécu et à ses expériences passées.

4.1.3 L'exclusion, plutôt que l'inclusion, socioprofessionnelle : une souffrance au travail marqué par le fait d'être Autre

Le récit de Boubacar est clairement caractérisé par une perception de soi comme étant l'Étranger et par un vécu marqué systématiquement par un sentiment d'exclusion. Son premier emploi comme préposé aux bénéficiaires a été très difficile pour lui. Il s'est alors retrouvé au pied du mur et désillusionné. D'une part, il rapporte avoir été victime de racisme : soit d'être constamment surveillé, critiqué et discriminé, autant par les patrons, par les collègues, que par les patients (des propos qu'il tient encore aujourd'hui par rapport à son travail actuel). Il dit avoir vécu des moments de discrimination et de racisme dès le début de sa formation au CÉGEP.

Moi pendant mes trois ans ½, il n'y a pas une session ou un professeur qui me disait pas « mais qu'est-ce que tu fais ici? »

[...]

Directement, et souvent euhhh il a toujours fallu que je me batte devant la direction euhhh avec l'association étudiante....parce que j'avais des menaces, il y a des professeurs qui essayent de me faire couler euhh des professeurs qui ne m'aimaient pas la face..ouin là.

Il est persuadé que cela est dû au fait qu'il est noir et qu'il est vu comme un étranger. Il a l'impression que les personnes ont « peur » de l'étranger et qu'à l'image du système de santé, le Québec et le Canada sont profondément racistes et qu'« on est dans une société où on masque la souffrance de l'immigrant ». Il souligne de plus que cette peur de l'étranger est encore plus forte dans le milieu francophone qu'anglophone.

Et j'irais même jusqu'à dire que même si, on chiale beaucoup sur la question de la culture franco-qubécoise, il y a une espèce de lègue euhh politique contestataire qui est beaucoup plus présent chez les franco-qubécois que les anglophones ou/et encore peu chez les immigrants, qu'il y a une peur de l'étranger.

[...]

Ce qui était frappant aussi par rapport au milieu francophone, étant donné que les francophones étaient minoritaires euhhh ben eux aussi n'avaient pas le choix de former leur petit clan. Euhhh, mais euhhhh y'avait un retour du balancier qui était euhh un peu plus difficile à avoir, mais on est quand même au Québec tsé il y a quand même un pouvoir symbolique qui est beaucoup plus fort chez les Québécois que chez l'immigrant.

Cette forme d'altérité radicale, telle que décrite dans le chapitre II étant la manière de définir l'Autre uniquement par ses appartenances ethniques et culturelles (Jodelet, 2015), et de discrimination est très présente dans le récit de Boubacar. Il continue sur cette lancée :

C'est-à-dire des trucs racistes, isolation, un peu des clans entre les clans francophones et les immigrants...euhhh je travaillais à l'urgence, et l'urgence et les soins intensifs c'est un peu comme euhh, et le bloc opératoire, c'est un peu des micros sociétés à l'intérieur d'un hôpital. C'est eux qui tiennent un peu le fort, l'image de l'hôpital. Donc là, c'est là qu'on retrouve les têtes fortes, un peu. Et malheureusement, dans ces unités-là, on retrouve rarement des immigrants. Maintenant, un peu, mais c'est très peu. Et quand il y en a, ils mangent vraiment...euhhh un sale coup, pour se faire accepter par les équipes de travail.

[...]

Les groupes de travail....Non, c'est vraiment selon les appartenances culturelles. Le préposé peut tout aussi bien se tenir avec l'infirmier ou avec l'ergothérapeute. Mais si toi t'es noir, et infirmier, ça se peut que t'aille de la misère à entrer dans ce groupe là.

Boubacar met l'emphase dans son récit sur la violence du système de santé (qu'il associe notamment à l'organisation du travail) et sur la hiérarchie existante. Pour Boubacar, la hiérarchie est institutionnelle et culturelle.

La majorité des boss sont québécois et quand les noirs ou les immigrants finissent par accéder à ces postes-là ils finissent par adopter le même discours ou le même comportement pour se faire accepter.

[...]

Pas beaucoup d'opportunité aux immigrants de monter les échelons [...] tsé ça passe, c'est comme ça... Et je trouvais souvent que les noirs dans le fond étaient mis en bas de l'échelle, que les pilipinos étaient beaucoup mis en bas de l'échelle...ouin [...] Contrairement aux immigrants européens qui accédaient eux beaucoup plus facilement à ces postes là ...Est-ce que c'est dû parce qu'ils sont blancs? Ben là j'ai pas fait de recherche sur ce sujet-là...((rires))

Pour reprendre les termes de Jodelet (2005), nous pourrions dire que Boubacar se sent constamment dans une altérité du dehors, renforçant les frontières de l'exclusion. Notons par ailleurs que dans ce parcours marqué par l'exclusion, ce qui semble le toucher davantage, c'est le rejet des patients. Il rapporte par exemple des situations de patients qui n'ont pas voulu se faire soigner par lui parce qu'il est « noir » et qu'ils trouvaient cela « dégueulasse ». Boubacar dit que ça lui arrive environ une fois par mois. Étrangement, il en parle avec un ton las, comme s'il en était presque détaché :

Envers les patients c'est aussi difficile. Moi j'ai déjà eu des patients qui constataient, qui me disaient que euhhh ça arrivait souvent des patients me disaient « moi je veux pas que ce soit un nègre qui s'occupe de moi, tu me touches pas, tu sais pas ce que tu fais...»

Alors que son ton semble détaché, et qu'il dit même « tsé je m'en fous maintenant là », il confesse que ces paroles et ces comportements l'affectent.

Ben oui, ben oui...Ça, ça fait mal là. Ça fait très mal, je trouve ça méchant. Mais écoute ça arrive tellement que tu es mieux de pas écouter et tu fais tes affaires parce que sinon tu vas pas avancer.

En accord avec Rhéaume (2001; 2011), nous pouvons affirmer que la construction identitaire au travail de Boubacar est marqué principalement par la souffrance. La souffrance qui s'exprime dans un sentiment d'exclusion qu'il relie au fait d'être étranger, et qui semble s'accroître dans son milieu de travail. Notons d'ailleurs que Boubacar renforce ce sentiment d'exclusion en se positionnant dans cette relation l'altérité radicale et en creusant le fossé entre-le « nous » et le « eux ». L'exemple suivant illustre cette situation. En effet, lorsqu'il fait référence à ses deux identités, la Guinéenne et la Québécoise qui lui « sont présentées », disant qu'il ne se « complète pas là-dedans ». Il ajoute que ce sentiment d'incomplétude et de solitude le confronte dans tous les aspects de sa vie : « Dans mon rapport avec les gens, dans mon rapport avec la vie, dans mon rapport avec la nature, dans mon rapport avec euhhh avec ce que je fais ».

Comme nous le verrons dans la section suivante, la souffrance au travail que vit Boubacar est sporadiquement ponctuée par des moments de bonheur que nous pourrions qualifier « d'altérité du dedans ». Ce sentiment d'inclusion se vit majoritairement dans le sens qu'il donne à son travail et la relation qu'il crée avec ses patients.

Je me sens un peu privilégié tu vois dans le fond quand je suis avec mon patient parce qu'il y a une relation d'aide, aide et aidant [...] Ce que j'adore, ce que je ressens vraiment de la relation avec mes patients c'est autant qu'ils peuvent m'apporter de quoi, je me donne à 100% dans le fond pour pouvoir aider et créer un dialogue avec eux autres! J'adore ça. J'adore aller au-delà de la maladie. Dans le fond, j'aime ce rapport-là. Ça me permet de comprendre beaucoup, tant les souffrances des gens, mais aussi le tout de la personne. [...]. Et quand je parle aux patients, je suis capable de faire un transfert, d'apaiser ma souffrance au travail, en faisant soit des blagues ou en parlant d'autres choses.

4.1.4 La reconnaissance au travail dans la relation d'aide et dans l'engagement politique

Boubacar est à la recherche de reconnaissance dans ses relations de travail. Tel que rapporté précédemment, il tire une très grande satisfaction de reconnaissance dans la relation soignant-soigné. Le fait d'être infirmier est donc important pour lui, bien qu'il affirme ne pas vouloir rester dans le milieu. Il assure d'ailleurs qu'être en relation avec ses patients est la seule facette de son travail qu'il aime, particulièrement depuis qu'il est assigné aux soins à domicile parce qu'il n'a pas de « boss » et qu'il peut prendre le temps d'établir une relation de qualité avec les personnes.

De fait, Boubacar réagit très fortement à l'organisation du travail dans le système de santé québécois. Il dit s'être retrouvé dans ce qu'il considère être les effets d'une chaîne de montage: ne pas avoir les outils pour bien effectuer son travail, ne pas pouvoir soigner ses patients avec qualité, travailler sous pression et d'une manière excessive. C'est pourquoi il considère le système de la santé québécois comme étant très violent, autant envers les employés qu'envers les patients.

Ben c'est le surmenage....conditions de travail violentes, beaucoup trop de stress, beaucoup trop de responsabilités...euhhh c'est très difficile ce travail-là.

[...]

Ouin tsé le Lean la c'est débile, c'est fou la, le Lean c'est complètement débile. Tsé des fois le patient est dans sa marde. Je peux le changer moi le patient, ça ne me dérange pas de le changer mon patient. Pourquoi j'attendrais le préposé? Pourquoi je le ferais pas sans lui? Pourquoi?

Il dit même que le système de la santé québécois l'a « tué », au sens symbolique du terme. Conséquemment, cela amène un dilemme où il considère aimer être infirmier

(la nature du travail), mais détester son emploi (l'environnement de travail). Boubacar en parle avec beaucoup de frustration.

J'aime le fait que je suis infirmier, mais devant l'organisation du travail, je peux pas aimer ma job. Je suis contraint parce que je vis dans des conditions exécrables là, dégueulasse. Des conditions inhumaines, qui me permettent pas vraiment de réfléchir ou de contrôler mon travail, qui me permettent pas de rentrer en contact ne serait-ce que pour une solidarité avec d'autres quarts de travail...je suis comme confiné à être infirmier et je fais des actes et *that's it*. Je peux faire ça pendant 35 ans et après mourir et ce sera ça tsé. J'aime dire que je suis infirmier, avoir des connaissances, de rentrer en contact avec des gens, de les aider...mais le cadre de l'organisation du travail me fait haïr mon travail en même temps. C'est compliqué à expliquer, je ne sais pas comment dire ça. Dans le fond, mon travail m'a rendu amer.

La violence du système de santé l'a amené à s'engager politiquement, notamment en publiant des articles journalistiques témoignant et dénonçant des conditions de travail aux plans organisationnel et personnel en milieu hospitalier. Il a d'ailleurs déjà publié un article dans un journal qui lui a valu une suspension de la part de son employeur. Il a également mis sur pied un groupe de travailleurs dans son milieu de travail

Parce que je trouvais que la politique euhh dans le fond devrait être prise par même, par les travailleurs et travailleuses eux-mêmes. Et puis depuis les 40 dernières années, ou même plus, euhh il n'avait pas eu de travail adéquat fait en ce sens, d'une prise de conscience quelconque faite dans le milieu politique

Il considère d'ailleurs cet engagement politique comme étant essentiel à son travail d'infirmier et même à sa vie. Nous y voyons une autre forme de reconnaissance et d'inclusion qui vient contrecarrer le sentiment d'exclusion systématique que vit Boubacar dans sa vie professionnelle.

Face à cette violence, Boubacar affirme se sentir très solidaire envers d'autres employés de l'hôpital, qui occupent un emploi encore plus « ingrat » que le sien, comme les concierges, les préposés et les employés de soutien

Ben c'est l'organisation hiérarchique du travail, c'est l'organisation du travail. Et il faut bien que ton métier soit reconnu. Ahhh « moi je fais partie d'un Ordre, mais pas toi tu fais pas parti d'un Ordre ». C'est comme si du moment tu fais partie d'un ordre tu deviens un espèce de spécialiste, mais en même temps le préposé est plus en contact avec mon patient que moi. Il le lave lui, il le voit mon patient...il le masse, il le nettoie, il nettoie ses selles...il est aussi important que moi là-dedans.

[...]

Et ça, c'est une forme de hiérarchie et c'est violent là. Mais c'est pas banal, on n'en parle pas et lui il voit, mais c'est violent. Toute ta vie tu t'occupes du monde et y'a personne qui te demande ce que tu fais.

La violence pour lui est liée au fait qu'il n'y a pas de considération ni de reconnaissance de l'établissement de santé. Il cherche une reconnaissance de la part de ses collègues, la violence du système de santé qu'il dénonce l'amène à parler d'un « nous » commun. Par contre, en même temps qu'il aime ses collègues, il va souvent dire qu'il se « sent seul » et « isolé » au travail et qu'il a l'impression que n'importe qui peut le « *backstabber* » à n'importe quel moment.

Je pense que mes collègues que je me suis faits à l'urgence ou un peu ailleurs, je pense que j'ai un certain respect....de euhh.....ouin je pense que j'ai une bonne relation. J'aime beaucoup mes collègues, je leur fais savoir que je les aime beaucoup...euhhh à chaque fois que j'écris je pense beaucoup à mes collègues, c'est surtout pour eux.

[...]

Ces des relations un peu...tu marches sur des oeufs. Mais...Mais aussi je pense que c'est peut-être moi qui paranoïe, mais qu'il y a beaucoup de collègues avec qui je m'entends bien (rires).

[...]

Ouais c'est important pour moi [ce que ses collègues pensent de lui]. Je ne me suis jamais...je pense que mes collègues m'aiment, mais en même temps je me méfie tellement de mes collègues qu'écoute quand je rentrer à la job je fais du

mieux que je peux de bien faire mon travail, d'être respectueux envers mes collègues et mes patients

Il est possible d'observer dans le discours de Boubacar une ambivalence constante qui s'exprime dans sa recherche de reconnaissance et d'acceptation, et dans les barrières qu'il érige lui même pour se protéger. Cette ambivalence se reflète même dans son bonheur, dépendant des jours, son discours va changer entre « je pense que je suis heureux » ou « je peux pas dire que je suis heureux ».

4.1.5 Avenir : l'énigme du retour

Boubacar souhaite quitter le système de la santé et se réorienter dans un nouveau domaine, tout en voulant demeurer en relation d'aide. Il affirme d'ailleurs qu' « un jour je ne serai plus infirmier » [...] ou peut-être que je vais être infirmier, mais je compte dans la prochaine année ne plus travailler comme infirmier dans un hôpital ». D'un point de vue personnel, son plus grand rêve est de retourner travailler dans son pays en santé publique, dans la brousse, en tant qu'infirmier. Il a même suivi une formation en Belgique afin d'approfondir ses connaissances sur les maladies tropicales. Pour lui ce serait un retour à la source et ne pas le faire serait un échec.

euhhhh mais bon au moins ça va bien là donc je suis content...euhhh mais c'est mon plus grand rêve. De retourner chez moi, au moins d'essayer une fois...de retourner chez moi et d'essayer quelque chose. Je pense que pour autant que je n'essaierai pas ça je vais sentir une culpabilité profonde en dedans de moi.

Cette culpabilité serait liée au fait qu'il a besoin de retrouver ses origines. Pour l'instant sa copine, qui a également construit sa vie au Québec, représente une grande motivation pour lui de demeurer ici.

4.2 Portrait de Poza

4.2.1 Description

Poza est une femme de 40 ans originaire de la partie française du Pays Basque. Elle a fait ses études en France à l'École d'infirmière et a gradué en 1999. Son premier contact avec sa spécialité, l'oncologie s'est fait dans le contexte de cours et de stages durant ses études et elle y a travaillé « l'équivalent de trois ans, trois ans et demi à peu près avant d'arriver ici ». Elle a travaillé six ans comme infirmière en France et a immigré au Canada en novembre 2005. D'ailleurs, la particularité du récit de Poza est qu'elle était infirmière, pendant plus de 14 ans, mais a décidé quitter la profession il y a maintenant un an pour se réorienter dans un tout nouveau domaine. Son immigration économique a été grandement simplifiée par la profession qu'elle exerçait. En 2013, elle a suivi un cours en communication en santé à l'université et c'est à ce moment qu'elle a compris qu'elle ne pouvait plus être infirmière. Ceci l'a amenée, en septembre 2014, à suivre une formation professionnelle en coordination d'évènement. Du coup, elle a réalisé un des plus grands rêves : pouvoir travailler dans le domaine de la culture. Elle est depuis en recherche d'emploi et considère ne jamais avoir été aussi heureuse. À l'origine, elle devait demeurer au Canada pour une période de deux ans, mais voyant le temps passer trop vite, elle a décidé d'y rester, affirmant en riant « Et puis finalement ben je suis jamais rentrée ». Elle vit au Canada depuis maintenant 10 ans et a toujours vécu dans la région métropolitaine de Montréal. Elle s'est mariée il y a moins d'un an avec un Québécois et n'a pas d'enfant.

4.2.2 Une immigration « personnelle » de « luxe », une trajectoire « professionnelle » déviée

Poza affirme avoir vécu une immigration très facile, autant d'un point de vue professionnel que personnel, c'est pourquoi elle considère avoir vécu une « immigration de luxe », n'ayant eu aucun obstacle ou problème et répète à de nombreuses reprises qu'elle a « adoré » sa vie à Montréal (elle habite présentement à Laval). Une « immigration de luxe » également parce qu'elle considère que son immigration « était choisie euhhh parce que je ne fuyais rien, comme une guerre, une famine enfin il y des gens qui fuient des choses atroces ». Elle est très reconnaissante de son parcours migratoire et est très expressive lorsqu'elle y fait référence. Poza aimait beaucoup son travail lorsqu'elle vivait en France. Elle a décidé de partir parce qu'elle souhaitait vivre une expérience humaine, s'épanouir, grandir et vivre autre chose.

Et après je pense que j'avais besoin aussi personnellement de voir autre chose, professionnellement, mais personnellement quoi en fait...euhhh...Ben je l'analyse maintenant dix ans plus tard, mais pour s'épanouir des fois on a besoin de prendre du recul et des fois on arrive pas à le prendre sur place et puis on le prend physiquement le recul en s'éloignant des choses qu'on a un peu plus de mal à gérer dans nos relations, par rapport à la famille, tout ça... dans la société....en fait, moi c'était plus par rapport à la famille. Je pense que...c'était un petit peu ça. J'ai décidé d'aller voir ailleurs pour moi arriver à m'épanouir, et réussir à grandir en tant que femme et à vivre d'autre chose.

C'est pourquoi elle considère que son immigration est « personnelle et non professionnelle ». Ce projet d'immigration de longue date avait germé durant ses études en France et il s'est concrétisé lors d'un retour d'un voyage effectué au Québec. Le processus s'est par la suite enclenché très rapidement et elle qualifie son intégration au Québec comme exceptionnelle. Elle avait également un certain réseau social en arrivant ici. Encore maintenant, son cercle social est composé d'un groupe

de personnes venant des Pays Basques, malgré qu'elle soit mariée à un québécois. Elle y voit même une certaine incohérence.

Et pourtant c'est fou, parce qu'en émigrant quelque part on veut s'éloigner de ça aussi, mais on se rend compte à travers l'immigration qu'on a pas forcément à part la langue de point commun avec l'endroit où on va vire et que quelque part ça facilite l'intégration euhhh d'avoir euhhh des repères communs avec certaines personnes.

Une immigration de « luxe » également marquée par des moments et des lieux d'inclusion, de par sa profession et par l'équipe qui l'a accueillie et qui « avait l'habitude de voir des Français arriver ». Son diplôme étant également reconnu au Québec, elle avait des repères professionnels puisqu'elle pratiquait la même profession qu'en France et ce, dans un hôpital francophone. Elle a également bénéficié d'un service d'orientation et d'une période d'intégration de six semaines dès son arrivée dans le cadre de son nouveau travail, ce qu'elle a beaucoup apprécié « ils ont fait en sorte qu'on soit vraiment prêts pour commencer à travailler ». L'intégration socioprofessionnelle de Poza s'est très bien passée durant ses premières années au Québec. Comme nous le verrons, sa carrière en tant qu'infirmière a chamboulée après quelques années.

L'insertion professionnelle de Poza est marquée par une tension entre l'importance qu'elle accorde au soin et les logiques organisationnelles du système de santé. À l'origine, elle a choisi une profession dans le domaine de la santé parce qu'elle souhaitait aider les autres ; prendre soin des autres lui permettait du coup de prendre soin d'elle. Cette profession s'est imposée de soi pour Poza, qui affirme avoir toujours voulu être infirmière.

En prenant soin des autres, je leur faisais du bien et je me faisais du bien en fait. Donc euhh...c'est ça une infirmière. En cajolant les autres, on se cajole soit en fait, je pense...que c'est ça. C'est beaucoup ça que je pense. C'est pas

pour rien qu'on choisit ce métier en général, je pense.

[...]

Je pense pour pouvoir prendre soin des autres, et pour prendre soin de moi aussi. Aujourd'hui avec du recul je pense qu'on remplit un vide qu'on a en soi, on arrive à vouloir prendre une place dans la société, à être valorisés aussi je pense qu'il y a beaucoup de ça au travers son métier, au travers le prendre soin des autres on prend soin de soi aussi.

La manière dont le système de santé a évolué ne comporte plus, selon elle, « d'humanité » et est rendu « très violent ». Elle se fait d'ailleurs très insistante sur ces points. Elle considère qu'elle ne pouvait plus être infirmière et faire ce qu'elle avait jadis aimé. Elle n'y avait « plus de plaisir », elle était « anxieuse », elle en avait « plus envie » et elle en avait « la nausée ». C'est lors de son retour aux études qu'elle s'est rendue compte qu'elle était sur « le bord de l'épuisement professionnel ». Cela lui a permis d'ouvrir les yeux sur « la possibilité qu'on pouvait faire autre chose qu'infirmière dans le domaine de la santé et puis me rendre compte que je ne pouvais plus travailler en santé que c'était fini pour moi quoi ». Ce qui donnait du sens à son travail soit l'aspect relationnel avec les patients n'existait plus dans le système de santé actuel. La façon impersonnelle de traiter les patients, favorisant davantage le travail à la chaîne, se reflétait également dans ses conditions de travail. Conséquemment elle a fini par se perdre elle-même, se sentait en conflit avec sa vision du travail (donner des soins), dû à la surcharge de travail.

C'est ça quand on dit que je suis en conflit avec les conditions c'est parce qu'on ne me permet pas de faire correctement ce que je devrais faire. Alors ça peut être un geste technique, mais moi c'était beaucoup plus dans le relationnel, prendre le temps avec mes patients de les accompagner correctement dans ces moments-là de leur vie. S'il venait juste pour la journée pour faire une chimio, pour leur première journée de chimio, c'était de prendre ce temps-là pour dédramatiser ou du moins rendre plus doux ce moment qui était beaucoup plus difficile pour eux et le fait de ne pas avoir ce temps-là ça me met en conflit par rapport aux métiers.

Le parcours d'immigration de Poza a été marqué au début par des moments d'inclusion et de reconnaissance, effectuée tout d'abord par l'institution et la société québécoise, et ce, autant d'un point de vue social que professionnel. Par la suite, elle est entrée en conflit avec son identité en tant qu'infirmière. L'organisation de la santé ne lui permettait plus de pratiquer comme elle le souhaitait. C'est également ce qui marque son parcours d'insertion professionnelle. Cette tension entre le fait qu'elle ne pouvait plus donner des soins (comme elle le percevait) aux Autres, et du coup, prendre soin d'elle. Poza fait notamment référence à la méthode Lean a plusieurs reprises.

C'est lamentable... chez Toyota le travail à la chaîne c'est très bien. Mais après, on est en santé, ça s'applique pas [...] Mais je sais pas moi, je comprends pas...c'est toujours un peu pareil, c'est la performance et puis on se dit qu'on va l'appliquer au système de santé alors que ça devrait pas s'appliquer au système de santé. Je pense que c'est l'accumulation de tout ça qui fait que vraiment, j'ai été écoeurée du système de santé.

Poza était donc prise dans une double contrainte. C'est ce qui l'a amenée à quitter le milieu de la santé et c'est ce qui a défini sa trajectoire d'immigration : Son travail en tant qu'infirmière ne lui apportait plus de plaisir.

4.2.3 Quand le patient devient l'Autre et le plaisir au travail se perd par les contraintes du système de santé

Poza définit clairement le travail comme étant un lieu de plaisir ou de souffrance. C'est ce sur quoi elle a basé ses choix professionnels. Dans le récit de Poza, les Autres sont les patients qui lui permettent de donner du soin. Elle a quitté le système de la santé parce que ses besoins identitaires n'y étaient pas reconnus, en tant que personne. Au moment de quitter, elle ne retrouvait plus le plaisir jadis éprouvé à sa

profession, le pire du système de santé pour elle est le fait « qu'il n'y a plus d'humanité ».

J'étais loin dans le déplaisir justement. Donc avant d'arriver à guérir tout ça, ça prend plus que pansement. Ça prend du temps, beaucoup de temps.

[...]

J'y allais machinalement et je n'avais plus de plaisir à faire mon métier et puis je trouve que c'est une notion qui est importante dans le travail. D'avoir du plaisir quand même.

[...]

Comme je dis j'ai encore un peu trop de colère, de rancœur, d'amertume en fait. Donc je sais pas si j'y retournerai, parce que j'ai vraiment du plaisir, comme je disais, dans la dernière année.

Poza se définissait beaucoup par son travail, c'est sur quoi elle construisait son identité. Le travail a été un lieu d'inclusion très puissant dans sa trajectoire d'immigration, mais également un moment tout aussi puissant d'exclusion, mais sans rapport au fait qu'elle était immigrante. Poza affirme qu'elle n'a jamais eu autant de plaisir dans la dernière année, depuis qu'elle s'est réorientée dans le domaine de la culture. Avoir du plaisir signifie pour elle :

Dans la créativité, dans la liberté aussi de faire un peu de ... de réfléchir, de se dire je peux travailler partout et n'importe où dans des domaines complètement différents j'ai aimé ça, j'ai été avec des gens qui ont du plaisir dans ce domaine-là, qui étaient un peu fou, qui nous amené...euhhh et puis je pense que c'est ça que j'ai aimé en fait et de me dire que je pouvais faire autre chose aussi, que j'en étais capable. » [...] « cette espèce d'insouciance que je n'avais plus et j'ai aimé ça aussi[...] il n'y a pas de mort au bout.

L'aspect de la mort était important dans le travail de Poza. De fait, elle travaillait dans une unité d'oncologie, ou ce « nous » allait encore plus loin, renforçant cette altérité du dedans que sa profession lui procurait déjà, comme nous le verrons dans la

prochaine section. Prendre soin des gens c'était prendre soin de toi, ce que Poza arrivait à faire au début de sa profession. Alors que dans les dernières années de sa profession, elle n'était plus en mesure de le faire, dû aux conditions de travail existantes. Son travail lui permettait de ne pas se faire sentir comme Autre, d'être clairement un « nous », et surtout d'être appréciée en tant qu'infirmière, par la société, par son entourage et par elle-même. C'est pourquoi le quitter a été très difficile.

Ah oui ç'a été dur. C'est une claque que j'ai prise [...] Oui oui. J'avais perdu de de de (dans ses pensées) de ma passion, de mon élan, de ma joie de vivre, de pleins de choses. Donc euhh....j'avais pris du poids, j'avais pris beaucoup de poids, donc physiquement, mentalement ...donc c'est là que j'ai dit ah c'est vrai. J'ai vraiment pu rien à y faire.

Poza se définissait beaucoup en tant qu'infirmière. Son travail occupait une place très importante dans sa vie et lui avait beaucoup apporté. Elle parle même de « besoin », tant sur le plan personnel que professionnel : « j'ai toujours été quelqu'un qui manquait de confiance en elle [...] donc je me suis remplie comme ça dans ce métier. Ce métier m'a aidée à me remplir et à me connaître, à avoir confiance en moi, à savoir qui j'étais, tout ça ». Elle réfère également au rapport de la profession envers les Autres, sur le fait que d'être infirmière dans notre société est important et qu'elle aimait cette reconnaissance, cette valorisation.

Et c'est peut-être pour ça aussi que j'ai eu du mal à quitter ce métier-là, que j'ai mis autant de temps à me rendre compte des impacts négatifs sur ma vie que cela avait...parce que dans la société quand on te dit « qu'est-ce que tu fais ? » Je dis « je suis infirmière ». Déjà les gens en général les personnes savent ce que c'est d'être infirmière...et en plus, l'infirmière tout le monde l'aime. Il y a ce côté-là un peu où on est mis sur un piédestal...et en plus j'étais infirmière en oncologie, donc il y avait des gens qui mourraient, qui souffraient, je devais les accompagner, donc y'avait vraiment ce côté là très valorisé.

Face à elle-même, mais également à travers le regard des Autres et également à travers le regard de la société envers son ancienne profession, elle retirait une reconnaissance et s'y identifiait beaucoup. Bien qu'elle ait quitté la profession, elle en parle toujours avec beaucoup de passion et d'enthousiasme, notamment de l'oncologie affirmant que « ça restera toujours, l'unité que j'aime quand même, dans l'approche du patient, le côté global, psychologique, technique ». Elle conclut par contre sa pensée en revenant sur les contraintes qu'elle avait dans son travail « mais le système de santé tel qu'il a évolué tel qu'il est, là où il l'a amenée aujourd'hui ben je veux dire ce n'est plus ça du tout quoi ». Cette double contrainte sera abordée davantage dans la section suivante.

4.2.4 La pratique soignante au cœur de la reconnaissance au travail et des relations socioprofessionnelles

Pour Poza prendre soin se faisait dans un rapport envers elle-même, avec les Autres envers son équipe de travail, envers ses patients et également face au système de santé. C'est la ligne directrice de son récit et c'est ce qui donnait sens à son travail dans un rapport bien particulier avec sa spécialité, l'oncologie qu'elle a adorée. Cette spécialité permettait à Poza d'être dans une relation où prendre soin était primordial, dans un contact très humain avec ses patients, mais aussi avec ses collègues à qui elle réfère toujours comme étant son équipe de travail.

Parce qu'on est face à la mort, aussi déjà, on est dans l'accompagnement à la mort. Les patients qu'on a souvent ont une épée Damoclès sur la tête donc on est dans un rapport entre la vie et la mort que d'autres unités ne côtoient peut-être pas ou moins si je disais. Et on est sûre du long terme en plus. Parce que c'est des patients qu'on peut suivre sur plusieurs semaines, mois, années donc on va voir évoluer, quoi qu'on va accompagner. Donc il y a un aspect psychologique qu'il y a dedans qu'il n'y a pas ailleurs je trouve. Donc ça se ressent dans l'équipe, ça se ressent dans les relations humaines à l'intérieur même de l'équipe.

Il y a une double reconnaissance qui est présente dans son récit. Celle que lui apportait la profession d'infirmière, soit une valorisation, une identité, mais également celle que lui apportait l'oncologie. Non seulement Poza réfère régulièrement à son identité au travail, mais aussi à son identité professionnelle, se définissant régulièrement comme soignante.

Je prenais en charge tous mes patients de la même façon...C'est-à-dire j'étais l'infirmière, j'étais la soignante et j'essayais de les aider dans leur cheminement de la maladie, vers le mot, vers les difficultés de la vie du quotidien aussi parce que ça chamboule une vie la maladie, une maladie comme le cancer en plus. Mais il y en a certain avec qui d'autres choses se développaient ou on allait dans nos relations, pas dans nos relations, mais dans nos discussions, où on allait ailleurs...

[...]

Ben on prenait soin des patients et on prenait soin de nous en tant qu'équipe et c'était ça en fait...c'est ça le travail en équipe aussi. Ça veut dire, on a 4 infirmières qui s'occupent de 4 patients différents. Ça fait qu'on n'a aucun patient en commun, mais en même temps quand on a une collègue en difficulté on va aller l'aider si nous on est moins surchargé [...] et se dire que ça en retour ça nous est redonné. Les autres prennent soin de moi, mais moi je prends soin d'elles aussi. En fait, on prenait soin de nous en tant qu'équipe. En se disant, on va s'entraider.

Les relations sont très présentes dans le récit de Poza, ce sont ces relations qui permettaient de faire sens de son travail, mais également de se définir en tant que personne, de se valoriser aux yeux des Autres. L'organisation même du système de santé ne permettait plus à Poza d'avoir ces relations et donc de prendre soin des Autres. Elle se sentait « comme un numéro parmi tant d'autres », « comme une machine », « qu'elle avait trop de responsabilités » par exemple. Elle parle de pouvoir aussi, affirmant que les personnes qui géraient et prenaient les décisions étaient déconnectées de la réalité du terrain.

En fait on me donne pas les moyens de travailler correctement parce qu'on parle de budget, parce qu'on parle d'argent, parce qu'on parle de rentabilité, parce qu'on parle de beaucoup de choses...mais on est au niveau de l'humain. [...] Donc je veux dire comment on va faire? On peut pas dire à un patient à qui on décèle un cancer « ah ben non désolée monsieur on vous prend pas en charge ».

[...]

Non on ne prend plus soin du personnel. Donc c'est difficile quand on prend pas soin de nous, au-dessus de nous, pour nous d'arriver à prendre soin des patients...

Bien que Poza ne travaille plus comme infirmière, elle vit encore cette contradiction avec beaucoup d'intensité et de « colère », elle dit avec « aigreur » avoir été « blessée ». Elle revient régulièrement sur les motifs de son départ tout au long de son récit, par exemple, en affirmant : « C'est pas ma conception du métier, c'est pas ma façon d'être, ma conception d'être ».

Donc c'est tout ça, c'est ce système là qui fait que ça, ajouté aux conditions de travail, ajouté à plein d'autres choses qui fait que bon il y a des infirmières qui arrivent à être épuisées parce qu'elles ne bougent plus, elles se sentent comme en danger, elles peuvent pas quoi....

[...]

Je trouve que c'est un peu la problématique qui a et c'est pour ça qui je pense qu'il y a autant d'infirmières qui partent en burn-out aussi. C'est que la reconnaissance, elles ne l'ont pas. [...] euhh oui un manque de reconnaissance et une dégradation dans la prise en charge des patients.

Elle affirme par contre qu'elle s'est détachée de cet aspect-là, de cette reconnaissance de la part de l'institution qui lui donnait une identité sociale et professionnelle. Elle a dorénavant trouvé une valorisation dans sa nouvelle carrière et de son retour aux études afin de répondre à ses besoins identitaires.

Je vois comment je suis trop bien dans ma vie personnelle pour me rendre compte que ça avait finalement que trop peu d'importance. Cette place-là tu vois, euhh l'importance de cette place-là de dire « je suis infirmière et je suis reconnue comme infirmière ». Aujourd'hui je suis valorisée autrement. C'est-à-dire qu'à 40 ans j'ai repris des études, que j'ai changé d'orientation, je me suis réorientée complètement... et puis moi je...j'étais quelqu'un qui avait quand même...comment dire, qui était en conflit avec le cursus scolaire, qui a toujours eu un peu de difficulté, j'ai jamais vraiment aimé l'école. Donc quelque part, j'ai repris des cours, j'ai pris des cours à l'université (emphase sur université) et j'ai changé complètement de carrière...donc moi je me suis valorisée comme ça et je me sens valorisée comme ça.

La valorisation est un élément qui revient régulièrement dans le récit de Poza et ceci est toujours lié au plaisir. Au début de son parcours professionnel, la valorisation est l'élément central qui donne sens à la reconnaissance et qui influence grandement sur sa vie personnelle. Il est intéressant de remarquer cette évolution à la fin de son récit alors qu'elle se détache de cet aspect pour se valoriser elle en tant que personne, selon son propre parcours individuel.

4.2.5 Un avenir en dehors du système du santé, mais toujours au Québec

Bien qu'elle ait émigré comme immigrante économique, l'objectif d'immigration de Poza était de vivre une expérience humaine. C'est ce qu'elle a vécue et s'en dit très satisfaite. Son expérience plutôt négative vécue dans le système de santé au Québec n'a donc pas affecté son expérience d'immigration qui est encore très positive à ses yeux.

J'ai eu tellement de plaisir dans ma vie depuis un an, que j'ai peur de perdre du doigt ce plaisir en allant dans le domaine de la santé. Parce que pour moi la santé n'est pas reliée au plaisir.

Il est intéressant de remarquer que l'insertion professionnelle de Poza est distincte de son insertion professionnelle. Elle en parle par contre avec une certaine légèreté. Elle ne compte pas retourner dans son pays natal, ayant refait sa vie au Québec et y ayant rencontré l'homme de sa vie.

4.3 Portrait de Christophe

4.3.1 Description

Christophe, 27 ans et français d'origine, a immigré au Québec il y a maintenant trois ans, en 2012. Il vit avec sa copine, mais n'a pas d'enfant. Son désir de devenir infirmier a émergé lorsqu'il a intégré les pompiers volontaires durant son adolescence, à l'âge de 14 ans. De fait, travailler en secourisme lui a donné envie d'aller plus loin dans le domaine des soins, ayant un attrait pour l'urgence et l'action. Christophe a effectué ses études à Monaco et suite à sa formation, il a été embauché à l'hôpital affilié à l'École où il a obtenu son diplôme. Il est maintenant infirmier depuis sept ans. À Monaco, il a travaillé souvent dans des unités qu'il n'aimait pas, faisant partie de l'équipe volante, après avoir été placé en cardiologie ça a été « le début du renouveau » affirmant que « ça m'a passionné ». Il travaille maintenant au Québec aux soins critiques depuis presque trois ans. Il a décidé de ne pas travailler à temps plein, voulant profiter de son expérience au Québec.

4.3.2 La passion du métier de Monaco au Québec

Christophe est très investi dans son travail et c'est d'ailleurs ce qui caractérise son immigration. Son projet d'immigration a émergé durant ses études et était

principalement motivé par des raisons professionnelles. Ce qui a davantage poussé Christophe à choisir le Canada, et ceci demeure encore une des raisons principales pour laquelle il habite à Montréal, est la nette amélioration des conditions de travail offertes au Québec vis-à-vis son pays d'origine, incluant un meilleur salaire et plusieurs opportunités d'avancement professionnel. De fait, l'institution où il pratiquait dans son pays d'origine ne lui permettait pas de travailler dans les unités qu'il convoitait, soit l'urgence ou les soins critiques et les conditions de travail y étaient très difficiles.

Mais non, c'est vrai et c'est pour ça que je suis parti aussi parce que j'en avais entendu parler des meilleures conditions de travail. Sur tous les plans, dans la considération du métier, sur tous les plans c'est meilleur.

Lorsqu'il a commencé à travailler à Montréal, il a pu être muté dans l'unité de ses rêves, ce qui marque un tournant dans son insertion professionnelle.

J'avais fait mon orientation, mais j'avais dit d'emblée que mon objectif n'était pas de rester sur l'étage de cardio de médecine. Je voulais aller à l'urgence ou aux soins critiques ou aux soins intensifs, parce que c'était mon objectif de carrière. J'avais fait mon expérience sur les étages et finalement je voulais passer à autre chose...ça toujours été mon objectif de faire des soins critiques. Et ici ils m'ont dit « ouais pas de problème » En France ça faisait quatre ans que j'étais sur l'étage en cardio et j'ai jamais pu avoir une place. [...] Je trouve que c'est un système qui est incroyable, d'être transféré aussi rapidement, c'était fou quoi. J'en revenais pas quoi, putin, la semaine prochaine je commence aux soins intensifs.

Ceci a eu une répercussion dans la manière dont il a vécu son intégration dans le système de la santé.

Certainement que ça n'aurait pas été pareil si on m'avait « forcé » à rester là [étage de cardiologie] j'aurais pas vécu ça de la même manière. Je suis content qu'on m'ait donné la possibilité de partir comme je voulais vraiment à la base.

[...]

Je pense que j'aurais fait mon travail avec un peu moins de passion que ce que je fais actuellement.

[...]

Et on sait très bien qu'à la base moi je viens avec un permis d'un an, donc on sait très bien que si on veut me donner le gout de rester il faut aussi un petit peu qu'on m'accueille. Donc c'est comme ça avec moi, mais c'est aussi ça avec le personnel qui est ici, qui ont fait école ici. On sait que si t'es pas heureux de travailler dans un endroit et que tu veux aller dans un autre et qu'on te dit « non non on va te garder ici parce qu'on a besoin ici », ben dans mon monde je m'en vais...je vais trouver un autre hôpital ailleurs ou je rentre chez moi.

Une autre raison qui motivait Christophe à quitter son pays était qu'il souhaitait approfondir les connaissances liées à sa profession, mais encore une fois, son environnement ne lui permettait pas de le faire sur le court terme en France puisqu'il travaillait trop. Dans le cadre de ses études, il était fait mention régulièrement des recherches menées au Canada. Il éprouvait alors une curiosité pour venir pratiquer en sol canadien.

Finalement, il avait toujours souhaité vivre une expérience de travail à l'étranger, ayant un attrait pour les voyages et l'aventure, et son travail lui permettait de le faire. Le Québec représentait également un endroit de prédilection à cause de la langue française et l'équivalence de diplôme qui était reconnue. De plus, Christophe avait déjà eu la chance de venir au Canada pour visiter son frère qui y habitait. D'ailleurs, dès son arrivée, la présence de ce frère a facilité son intégration à Montréal, notamment en l'hébergeant et en l'incluant dans son cercle social. En plus de son intégration sociale qui s'est bien déroulée, il considère également que son intégration professionnelle a été « facile », sur plusieurs plans, lors de sa période d'intégration et grâce au support de personnes rencontrées qu'il décrit comme étant exceptionnelles.

Je trouvais ça vraiment bien fait, de A à Z on a vraiment été intégré. Ça été vraiment facile. Donc il y a eu une partie où c'était plus de l'intégration en général, l'intégration au Québec... Il vous faut des bonnes bottes d'hiver, un bon manteau...Et après, ça c'était la 2^e, 3^e journée et après les autres jours on est rentré plus dans le vif du sujet. Le système de santé et tout ce qui touche quand tu entres chez un employeur...ce qu'on attend de toi.

[...]

Et là j'avais de l'appréhension, est-ce qu'on va me reprendre à 0, est-ce qu'on va piquer comme ça ou comme ça...j'avais peur, pas du conflit, mais un petit peu de me sentir comme un étudiant encore. Pas de me faire prendre au sérieux. Mais je savais très bien que...j'avais un peu cette crainte-là, mais tout de suite j'ai vu que ce n'était pas ça.

À l'origine, Christophe a signé un contrat d'un an avec un établissement hospitalier. Peu après avoir été transféré dans l'unité de l'urgence où il souhaitait travailler depuis toujours, et après avoir découvert les avantages professionnels, matériels et les conditions que lui offrait l'hôpital, il a décidé de prolonger son séjour à Montréal. Il y habite depuis maintenant trois ans et adore son expérience, son travail étant une très grande source de motivation : « C'est quand même incroyable, y'a pas beaucoup de jobs où tu vas avoir cette liberté-là ». Son travail occupe une place importante dans sa vie. Il entretient d'ailleurs de très bonnes relations avec ses collègues qui constituent maintenant son principal réseau social. Bref, il considère que le système de santé au Québec est « incroyable ». C'est d'ailleurs principalement sur ce point que Christophe se démarque de Boubacar et Poza. En plus d'aimer son travail, il aime l'organisation du travail qu'il trouve beaucoup plus humaine que ce qu'il avait connu antérieurement.

Sa passion a émergé lorsqu'il était encore un jeune secouriste « obnubilé par les cas graves », « les gros accidents » et toute « l'action » et « l'adrénaline » que cela lui procurait. Cette passion est encore présente, malgré son jeune âge, Christophe est également le seul participant qui planifie occuper cet emploi pour le reste de sa vie,

disant qu'il s'y sent bien. Le travail de Christophe représente un lieu de plaisir. Comme nous le verrons, il se définit beaucoup par son travail et la reconnaissance qu'il en retire est pour lui très déterminante.

4.3.3 L'inclusion par la profession

Globalement, les relations sociales et l'enjeu de la reconnaissance sont très présents dans le récit de Christophe et permettent de comprendre la construction de soi au travail. Christophe a vécu que des moments d'inclusion depuis son arrivée au Québec, et même avant son arrivée. Il s'était fait recruter alors qu'il travaillait encore en Europe et s'est fait offrir un emploi ici dans des délais très courts. Il a émigré tout d'abord en tant qu'infirmier et n'a aucune difficulté à vivre son identité française ici dans la société. Au travail, sa construction de soi ne se fait pas en tant que Français ou immigrant, mais en tant que travailleur, ce que Christophe apprécie beaucoup. C'est le lieu où il interagit avec les Autres, mais sans être l'Autre alors qu'il se sent perçu d'une manière différente lorsqu'il est dans la société, se sentant encore touriste à Montréal. Pour lui, cela a deux côtés qui sont en contradiction. Il apprécie cela parce qu'il souhaite continuer à découvrir le Québec et à profiter de son expérience : Se sentir « ailleurs » était la raison pour laquelle il a décidé de partir de chez lui. Parallèlement, il ne souhaite pas que les gens aient l'impression qu'il est arrivé récemment au Québec. Étant donné le nombre élevé de Français présents au pays, il ne souhaite pas être perçu comme un touriste par ces derniers.

Les gens peuvent pas le savoir que tu es là depuis longtemps et à quel point tu es intégré dans le truc. C'est sûr que j'ai toujours un peu l'impression que....c'est ça et y'a toujours les clichés des Français un peu chiants aussi (rires). Tu dis bon, j'essaie juste de me faire tout petit parce que je veux pas qu'on pense ça aussi...mais sinon, c'est comme un détail là, non, mais c'est

sûr que ouais je me sens quand même comme...quelqu'un qui s'intègre petit à petit à une autre société quoi.

Similairement, Christophe a l'impression que les Français se tiennent plus en groupes dans la société montréalaise, c'est pourquoi il sent qu'il porte l'étiquette de l'expatrié dans son quotidien. Mais c'est toute autre chose au travail.

Les gens en général nous aiment bien, parce qu'on est, même aussi dans mon travail on est plusieurs, on est une grosse gang de Français. Parce qu'il y a beaucoup d'infirmières qui viennent.

Dans son travail, il se fait donc reconnaître comme étant français, mais sans tomber dans l'altérité radicale. Sa nationalité joue un rôle d'inclusion. Par contre, une fois avec ses collègues de travail, cette dernière n'a plus vraiment d'importance.

Christophe : Du coup dans cette optique-là le fait français est au plus un divertissement. On se niaise sur des affaires, c'est toujours amical là on est pas ...mis de côté, quand il y des sortis et tout on est invités, on n'est pasmoins comme à l'extérieur mettons. Comme je te disais, y'a des gangs de Français qui restent entre français puis y'a des...là au travail ça se mélange beaucoup plus, et ça là que tu apprends pas mal à te faire d'autres amis, québécois ou d'autres nationalités.

Chercheuse : ah ouais?

Christophe : Ça se mélange plus et y'a pas de...cliques de gens, là ou là...non c'est vraiment en fonction des affinités que les gens restent ensemble.

L'être professionnel de la santé pour lui joue un rôle inclusif dans sa vie professionnelle. Il est intéressant d'observer la manière dont Christophe parle du fait qu'il apprécie beaucoup qu'à son travail sa nationalité n'a pas d'importance, alors qu'il réfère au « nous » en s'exprimant, au « nous » comme étant Autre, français. Son insertion économique s'est faite où il est reconnu en tant qu'Autre du dedans.

4.3.4 La reconnaissance d'être infirmier au Québec, beaucoup plus qu'une identité au travail

La reconnaissance dont Christophe bénéficie dans son travail lui est très importante. Il en parle avec joie, et durant l'entretien il était de bonne humeur, riait souvent et était très volubile. Il est facilement observable de percevoir le plaisir qu'il tire de son travail. Il relate son insertion socioprofessionnelle en comparant son expérience d'infirmier au Québec à celle vécue lorsqu'il était à Monaco. Par exemple, il souligne souvent la reconnaissance des patients, et même des familles à son égard.

Moi je rentre dans les chambres et je dis « bonjour » et les gens me disent « ah bonjour vs allez bien, vs avez l'air fatigué est-ce que ça va? ». Jamais un patient en France m'a demandé comment j'allais moi, tout le monde se centre sur soi-même...mais on n'attend pas ça. Toi t'es là pour soigner. Tu es pas là pour qu'on te demande comment ça va. Mais ici instinctivement tu as des patients qui te demandent comment ça va... « vous avez l'air de beaucoup travailler ». On te dit des trucs gentils qui te font plaisir de temps en temps. Ça m'est jamais arrivé chez moi là...jamais jamais jamais. Ici t'as de la reconnaissance des familles, quand les gens sortent on reçoit des boîtes de chocolat [...]. Les gens sont satisfaits des soins, ils te remercient...mais au quotidien, c'est pas pareil. Les gens sont souvent plus reconnaissants et ils comprennent aussi un peu plus des fois si tu pars 5 minutes parce que tu as quelque chose d'urgent ils comprennent tsé. Mais en France aussi ça arrivait, mais je trouve que plus ici les gens comprennent et ils voient que tu es occupé. C'est une autre approche règle générale.

[...]

Les familles comme les personnes voient que tu là et ils se sentent en sécurité...des fois ils sont entre « plus fins », ils comprennent plus, ils voient plus ton travail, donc ta encore un peu plus de reconnaissance qu'à l'étage.

Cette reconnaissance ne concerne pas seulement lui en tant qu'infirmier, mais lui dans son être entier, de lui en tant que personne. Christophe fait également référence à la hiérarchie dans le système de la santé qui est beaucoup plus présente à Monaco,

principalement à ce qui a trait à la relation avec les médecins. Lorsqu'il a changé d'unité, c'est ce qu'il a apprécié davantage :

J'ai retrouvé un peu la façon de travailler...plus de relations avec le médecin, plus de relations directes, pas dans l'approche de la considération entre médecin-infirmier, mais dans les rapports directs de « j'ai tel situation, je veux en parler directement au médecin parce que je veux comprendre la situation, je veux me faire expliquer », chose que j'avais pas trop sur l'étage ici et que j'avais un peu plus en France parce qu'il y avait moins d'intermédiaire et d'assistantes. En France on m'a jamais demandé mon avis là...c'est différent.

[...]

Avec les médecins, il y a moins de distance. Ils me tutoient les médecins. Jamais on m'a tutoyé en France. Ils me tutoient et me demandent « qu'est-ce que tu en penses..? » Là je suis aux soins intensifs, « le patient à ça, tu en penses quoi? Est-ce que ça t'inquiète? ». En France on m'a jamais demandé mon avis là...c'est différent. T'es pas traité comme de la merde non plus, ça dépend des personnes, ici comme là-bas. Mais en règle générale, ta moins de distance là..en France, limite quand tu as le grand patron professeur de l'étage qui vient faire sa tournée médicale, tout le monde est en stress, aux petits soins...on a l'impression de suivre le roi. C'est le roi et sa cour qui fait la visite. Tu poses une question, selon qui c'est et il te répond comme si tu savais rien tsé..c'est moins le cas ici.

Ces relations directes avec les médecins le positionnent dans un rôle qui se veut valorisant. Ceci se démontre principalement dans la manière que les échanges se font dans ces rapports d'altérité. Il retrouve ces mêmes relations avec ses collègues, où encore une fois il sent que son rôle est bien défini au sein de son équipe de travail. De fait, Christophe met l'emphasis sur le fait qu'il travaille beaucoup en équipe dans son unité où il y a beaucoup d'entraide. Cette notion d'équipe est très importante pour lui, disant que « ce serait difficile de ne pas avoir cette partie-là ». La relation qu'il a avec ses collègues est vraiment importante et va au-delà des limites du travail. Il fait référence aux activités qu'il fait avec ses collègues : aller prendre une bière ensemble le samedi après le travail et organiser des fins de semaine dans un chalet par exemple.

Moi mon cercle social c'est pas mal des gens de la job. Au début, c'était plus le cercle à mon frère et après lui il est parti, mais moi je vois toujours quelques personnes. Mais ils sont plus âgés c'est pas nécessairement le même rythme de vie.

[...]

T'as pas le même rythme de tout le monde, donc c'est sûr que tu vas plus vers les gens qui ont plus le même rythme de travail si tu veux voir des gens.

La profession de Christophe lui procure une identité sociale, et non seulement une identité professionnelle. Que ce soit avec ses collègues, avec qui il sent faire partie de l'équipe, faisant partie d'un « nous » commun, mais également dans la société où sa profession lui donne un certain statut.

Et même c'est bête, mais quand je suis arrivé ici je parlais avec quelqu'un dans un bar qui me disait « tu fais quoi » et je lui disais « je suis infirmier » et il disait « ahh tu as une bonne situation ». En France je disais la même chose et on me disait « t'as du courage pour torcher des culs toute la journée » les gens ont une vision de l'infirmière qui n'a rien à voir, vraiment pas bonne quoi et même dans la mentalité des gens ici y'a beaucoup de reconnaissants je trouve et c'est plus agréable de travailler.

Il retire une certaine satisfaction provenant de cette perception de sa profession. Il fait référence aux notions de considération, mais également au fait qu'il y a une utilité liée à sa profession. Le regard positif qu'il reçoit de la part des patients, des collègues et de la société organise son expérience vécue d'une manière positive et du coup, sa construction de soi. La famille de Christophe a également joué un rôle bien important sur plusieurs plans dans son cheminement, et ce, depuis la France.

D'une part, sa mère était infirmière, il a donc reçu un certain appui de la part de ses parents dans son choix de carrière. D'autre part, venant d'une famille de voyageurs, son père l'a aidé et encouragé dans ses démarches pour réaliser son désir de travailler

à l'étranger. Finalement, Christophe avait déjà eu la chance de venir au Canada ; son frère y habitait et il était déjà venu le visiter. Ce rôle de valorisation et d'acceptation a tenu une place importante pour Christophe, sa famille ayant joué les facettes à la fois de la reconnaissance et de l'inclusion. Parallèlement, la famille représente aussi une des raisons pour lesquelles il n'est pas certain d'être en mesure de vivre loin de chez lui à long terme : autant qu'il adore être ailleurs, autant qu'être loin de sa famille est de la « torture ».

4.3.5 Avenir : Là où sa profession le mènera.

Globalement, le travail occupe une place très importante dans la vie de Christophe et a été marquant dans son intégration socioprofessionnelle. En plus d'avoir eu l'opportunité de travailler dans l'unité désirée, son équipe de travail constitue son principal réseau social et son travail est son activité principale. Voyageur dans l'âme, il désire saisir les opportunités et continuer à explorer différents horizons. C'est pourquoi il ne pense pas s'installer à Montréal à long terme. Il se dit encore passionner par sa profession et désire profiter de la mobilité qu'il lui procure.

4.4 Portrait de Vincent

4.4.1 Description

Vincent, 40 ans, d'origine haïtienne a immigré à Montréal avec sa famille en 2004 et ce projet avait émergé dans les années 1999-2000. Il avait préalablement vécu une expérience d'immigration en vivant aux États-Unis entre 2002 et 2004 dans le cadre

des études universitaires de sa femme. Ils ont choisi le Canada afin de donner un meilleur espace de vie à leurs deux enfants, étant donné l'instabilité politique vécue en Haïti. Comme il l'affirme, « au Canada il fait froid, mais c'est calme » ! Il se considère béni dans son immigration parce qu'elle était planifiée et qu'il en a fait le choix. Ayant un excellent réseau d'amis avisés qui l'ont aidé lors de son immigration à Montréal, il considère que son arrivée a considérablement été facilitée.

Vincent menait une carrière prometteuse en communication et en gestion en Haïti. En arrivant au Québec, il a occupé plusieurs emplois. Sa formation aux études supérieures et ses expériences de travail comme journaliste notamment, n'ont pas été reconnues dans leur intégralité. Après un an de travail à Montréal, il a décidé en 2006 d'effectuer une technique en soins infirmiers au CÉGEP parce que cela lui assurerait du travail et que l'idée d'oeuvrer en santé lui plaisait bien. Quoique cela n'était pas sa première vocation, étant toujours un passionné des communications, il considérait ne pas avoir de chance de réussite professionnelle dans ce secteur d'emploi au Québec. Il a commencé à travailler comme préposé aux bénéficiaires en 2007, il s'est senti accueilli par son premier employeur en santé et cela a éveillé une passion en lui pour les soins infirmiers. Il est infirmier depuis maintenant cinq ans et travaille principalement aux Soins à domicile depuis trois ans.

4.4.2 La résilience face aux obstacles et la question du choix

L'aspect qui ressort le plus dans l'histoire d'immigration et d'intégration socioprofessionnelle de Vincent est la notion d'obstacle. De fait, l'arrivée de Vincent au Québec est caractérisée par un parcours d'immigration marqué par des obstacles au travers desquels se sont modifiées son orientation et sa trajectoire d'immigration. Les différents obstacles vécus par Vincent ont pris forme dans un contexte

institutionnel et relationnel avec les autres personnes. Vincent a su faire preuve d'une grande résilience au travers ces obstacles, obstacles manifestés davantage par des moments d'exclusion.

J'avais des amis qui m'avaient averti, Dieu merci, comme je te dis je suis béni j'ai eu du très bon réseau. Ils m'ont dit, écoute tu vas arriver, ça se peut que ça prenne six mois avant que tu aies du travail. Chercher du travail, c'est du travail au Québec. J'avais la perception quand j'étais arrivé que c'était uniquement pour les immigrants. Mais c'est pas vrai, effectivement, c'est archi faux. Et en même temps c'est une des raisons pour laquelle j'ai laissé mon secteur qui était les communications. Parce que je me suis dit si c'est difficile pour un québécois d'ici de trouver un travail en communication, c'est pas un immigrant qu'on va prendre. C'est déjà un parcours du combattant pour un enfant d'ici, un enfant d'ailleurs ben attends ton tour...reste en ligne. Moi ça m'a gelé. J'étais réaliste par rapport à ça.

Ceci l'a amené à effectuer une technique en soins infirmiers, « parce que le milieu de la santé est beaucoup plus stable en terme d'emploi ». Il s'est inscrit dans un CÉGEP anglophone où il a été refusé. Par la suite il a été accepté au CÉGEP de Saint-Laurent et comme il l'affirme, « cela a été le début du renouveau [...] J'adore le CEGEP St-Laurent, c'est ma deuxième maison ». Alors que Vincent n'avait pas comme objectif de vivre une immigration économique « je dis toujours j'ai pas émigré pour des raisons économiques. C'était vraiment des raisons sociales, c'est une immigration sociale et politique si tu veux », les choses se sont placées pour lui lorsqu'il a vécu une insertion professionnelle.

Malgré tous ses obstacles, il se sent privilégié dans son immigration parce qu'il a réalisé l'importance du choix et qu'il en a eu plusieurs : « je crois au karma, j'ai été béni, chanceux ». Comme il l'affirme, il a tout de même choisi son immigration. En plus, il avait un bon réseau ici en arrivant, il connaissait bien la culture québécoise.

À chaque obstacle vécu, Vincent s'est toujours débrouillé, adapté et a trouvé une solution. Par exemple, lorsqu'il s'est réorienté dans une nouvelle carrière il affirme qu'il a décidé « de se redéfinir ». Quand on a mis fin à son contrat il ne s'est pas effondré, « je me revire sur un 10 cents assez vite » ou alors lors de son retour aux études « il y a urgence d'apprendre pour travailler après ». Son plus gros obstacle a été son renvoi de l'unité qu'il aimait beaucoup, la psychiatrie, parce que selon lui on remettait sa fiabilité en doute. Ceci est un moment marquant de l'histoire de Vincent, il en parle avec beaucoup d'émotion et même de frustration :

Mais comme cette fille-là était super vinette, elle me fait un rapport, dit que je suis pas fiable, écoute...c'est la pire des choses qui me soit arrivé depuis que je suis arrivé, que j'ai commencé. Je ne suis pas encore infirmier, j'ai pas encore passé mon examen de l'Ordre donc je me suis senti marché dessus, écrabouillé, dire qu'on me marche sur le coeur. Si j'avais pas un gros moral là, j'aurais *crashé* là vraiment

[...]

C'était un choc pour moi quand j'en ai parlé à ma femme, j'ai pas braillé là, mais j'ai eu le sang qui m'a afflué sur la tête et tout. Écoute, je voulais trop la psychiatrie pour que ça se passe comme ça. J'en avais trop envie. Je me suis dit, « ok c'est pas grave ». J'ai passé une semaine ou deux à réfléchir et à venir ici [emploi actuel] quand même.

La cohérence dans sa réaction face à ses obstacles, la résilience dont il a fait preuve sont apparues à travers la reconnaissance des autres face à lui en tant que travailleur, mais pas par la reconnaissance de l'immigrant. Sa carrière dans le milieu de la santé a marqué un tournant dans sa vie. Il est reconnu comme un professionnel de la santé dont on apprécie les qualités, on y fait souvent référence quand il débute un travail dans un nouveau milieu ou dans une nouvelle unité. Son expertise est mise à profit et peut faire une différence dans la vie des gens, soit de l'équipe et de ses patients.

4.4.3 De l'exclusion à l'inclusion : vivre la diversité 'du dedans'

Dans son milieu de travail, en tant qu'infirmier, Vincent ne se sent pas considéré comme l'Autre. Par contre, avant sa carrière en santé, Vincent a été confronté à ces moments d'exclusion, d'obstacles (de non-reconnaissance) parce qu'il était cet Autre.

J'ai fait table rase de ce que j'étais. Je me suis dit « ok, je prends mes énergies pour partir à 0 ».

[...]

Je vais pas venir mendier ici, je vais pas être sur le BS. J'étais pas BS dans mon pays, pourquoi je le serais ici? [...] Je pense que le meilleur accueil, tu travailles. Et le monde en arrache pour trouver tu travailles, tu comprends?

Ironiquement, c'est ce qui l'a orienté vers les soins de santé où dans ce nouveau milieu il n'est pas considéré comme l'Autre, tout comme Poza et Christophe, mais contrairement à Boubacar. Dans ce cas, nous pouvons dire que c'est la nature de son travail qui permet de le faire, qui fait lieu d'inclusion : de pouvoir être infirmier et de pouvoir travailler et d'être reconnu comme tel. Son intégration dans le système de la santé a clairement été un moment marquant de son immigration : il est passé d'une dynamique d'exclusion à une dynamique d'inclusion.

Sa trajectoire d'insertion professionnelle est marquée par des obstacles, mais aussi par des moments d'accueil et de reconnaissances qui passent notamment par les relations interpersonnelles ou de groupes. Certains de ces obstacles représentent des moments où l'exclusion a finalement fait dévier sa trajectoire vers une trajectoire en soins de santé. Il a dû emprunter d'autres voix pour s'insérer économiquement. Les moments d'exclusion l'ont finalement conduit vers un nouveau milieu représentant

un lieu d'inclusion. D'ailleurs, l'inclusion se trouve dans l'équipe qui l'a accueilli, qui ne l'a pas fait comme l'autre « l'immigrant », mais qui l'a accueilli comme un « nous » professionnel de la santé. Le moment d'inclusion s'est fait par cette altérité du dedans.

C'est pourquoi il considère qu'il peut vivre son identité culturelle par en dedans. Il ne considère pas avoir besoin de redéfinir son identité, considérant vivre sainement le partage entre sa culture haïtienne et québécoise. Il ne sent pas le besoin d'être uniquement avec sa communauté.

Je pense que quelque part ça génère ce que l'on appelle la ghettoïsation parce tu ne t'infiltras pas. [...]. Je ne voulais pas vivre dans un milieu que c'est tellement haïtien...si c'est tellement haïtien, je ne vais pas m'enrichir, ça c'est mon choix.

[...]

C'est plus le fun à recréer et à renourrir tout ce que l'on a, de toute façon on s'en gardera toujours à l'interne. [...]. Je peux me recréer un personnage haïtien dans ma tête et c'est comme si j'étais encore en Haïti tsé.

Dernièrement, il a aidé sa femme à l'organisation d'un spectacle de danse folklorique haïtienne ayant pour thème la maladie. Ce spectacle, qui a presque fait salle comble, fut un succès. Plus de 400 personnes y ont participé. Cette réussite l'a transporté sur un gros nuage, comme il a dit, « ça fait du bien ». Pour lui ceci représente une autre manière de vivre sa culture haïtienne maintenant.

Ces des moments comme ça qui apportent un baume, une réussite. [..]. Ça nous a réconfortés face au Québec [...]. Pour moi, c'était comme du bonbon.

Alors que son histoire a engendré un fort sentiment d'exclusion, cet événement représente un moment d'ancrage, d'inclusion de la part de la société, et donc de reconnaissance. L'intégration se fait de tout son être, c'est une reconnaissance de la société québécoise qui ressemble à une reconnaissance plus globale de sa personne.

Par contre, il considère que « comme immigrant on ne s'implique pas assez » et parallèlement, il souhaiterait que le Québec laisse davantage de place aux immigrants, disant que « c'est tellement beau, toutes ces façons différentes d'être ». Vincent aimerait que les immigrants soient mieux représentés dans la société, ou dans les instances décisionnelles et culturelles (exemple : dans les conseils d'administration) ou culturelles (exemple : les séries TV). Il fait aussi référence à l'OIIQ:

Je trouve ça bizarre moi à quantité qu'on est comme infirmiers ou infirmières d'origines différentes, qu'on est pas bien représentés dans l'Ordre. C'est juste des québécois blancs. [...] Plus tu te rapproches des cercles de décisions, tu prends les CA, les groupes qui dirigent, qui contestent, les syndicats c'est pareil.

Il aimerait qu'il y ait plus de « place aux communautés visiblement culturelles, différentes, puisque ça aide à enrichir aussi ». Il fait du coup référence à une exclusion plus marquée dans la société au regard des immigrants.

4.4.4 L'accueil dans des équipes de travail, la reconnaissance par les pairs

L'intégration professionnelle de Vincent dans le milieu de la santé s'est bien déroulée, malgré les obstacles. Il attribue ceci au fait qu'il a régulièrement travaillé avec des équipes extraordinaires. Pour Vincent, l'équipe fait toute la différence dans la qualité de l'expérience vécue dans un travail.

Tout est souvent une affaire d'équipe. Tout est une affaire de gens qui t'accueillent. [...]. Si l'équipe est pourrie, c'est pourri. Moi je suis un gars d'équipe parce que je joue au soccer. Si l'équipe t'accueille, tu peux être un 6, tu vas jouer comme un 8. Tu comprends? Il y a du monde talentueux qui sont bons pour t'aider à amener le meilleur de toi.

Globalement, Vincent considère qu'il aime son travail. D'une part, il parle avec passion de la relation qu'il établit avec ses patients et de la valorisation qui émerge de la reconnaissance qui lui est témoignée. Il considère qu'il peut vraiment faire la différence dans la vie des gens à travers de simples petits gestes. Pour lui, la gratification qu'il reçoit en retour « vaut tout l'or du monde », quand il arrive à trouver une solution à un problème complexe et à aider un patient, il se sent comme « 1 million de dollars », que « ça vaut la 649 ».

D'autre part, en tant qu'immigrant, avoir l'opportunité d'entrer dans la maison des gens permet de satisfaire une certaine curiosité qu'il avait en arrivant au Québec : Connaître leur mode de vie et leurs habitudes. De fait, après avoir travaillé dans différents établissements et dans différentes unités de travail, telles la psychiatrie, la gériatrie, l'urgence et la pneumologie, Vincent travaille présentement aux soins à domicile. Pour lui ce poste représente un accomplissement professionnel énorme.

J'ai postulé, mais j'y croyais pas trop. Quand ils m'ont appelé pour l'entrevue puis après qu'ils m'ont dit que j'ai été retenu, j'étais là WOW. Pour moi c'était l'accomplissement...pour moi ce poste là c'était un poste de fin de carrière et je l'obtiens en début de carrière.

Il a notamment la possibilité d'avoir un horaire stable de jour et d'avoir un contact plus direct avec ses patients. Il adore travailler aux soins à domicile :

Les soins à domicile, je me suis dis oui, je suis fait pour ça. Aller chez les gens...oui, et puis tu en trouves, des riches, pauvres, vieux, jeunes, homosexuels, hétéros...c'est tout de tout, immigrants, québécois de souche, je me sens tellement bien avec tout le monde. Pis je dis ça répond à une question que j'avais aussi. Ces fameuses soirées d'automne où je suis rentré, après le deux, tu voyais le début d'automne qui est une période merveilleuse, moi je trouve au Québec, et je me disais, mais comment ils vivent derrière les murs? (rires). Pis là je suis en plein dedans.

Il est possible de voir que son intégration professionnelle est directement liée à son intégration sociale dans ce contexte-ci. Les relations avec l'équipe et les relations

avec les patients permettent de donner un sens aux obstacles auxquels Vincent a été confronté. La dimension relationnelle est donc fondamentale dans son intégration représentant un point d'ancrage, malgré tous ces obstacles. Vincent est celui qui peut aider les autres, en intégrant une équipe qui a besoin de lui ou en aidant les patients, il se définit par rapport à cet autre. Ceci nous permet de souligner l'importance du travail, qui passe par les relations sociales et la reconnaissance, dans la construction identitaire, telle que vue dans le cadre conceptuel.

De fait, Vincent, comme tous les informateurs, dit retirer une certaine satisfaction d'avoir le statut d'infirmier dans la société et de bénéficier de la valorisation que cette profession lui apporte.

- Vincent : J'ai trouvé une valorisation en ça
 Chercheure : De votre métier? D'être un professionnel de la santé?
 Vincent : Oui, oui....ces deux affaires que je valorise beaucoup [...]. Le travail, être infirmier, j'aime ça. C'est valorisé au Québec. Si tu arrives et que tu dis que tu es infirmier, c'est pas comme si tu disais que tu étais le Président de la République, mais c'est respecté et j'aime ça.

Vincent va se définir par le travail, en tant que professionnel, mais également en tant que personne, ce qui lui apporte une valorisation importante à ses yeux. Ceci nous permet d'aller au-delà de la construction identitaire au travail, en passant par la construction de l'immigrant qui se fait parce qu'il est Autre, dans un rapport d'Altérité. D'une part, les patients de Vincent ont besoin de lui. D'autre part, son équipe a besoin de lui, il a une bonne relation avec ses collègues et il est « le bouffon de l'équipe », il y occupe une place bien précise, il y joue un rôle. Dans tous les moments et les lieux d'exclusion qu'il a vécus auprès de ses patients et de son équipe, ce n'est pas son identité d'immigrant, de l'Autre, qui est mise de l'avant, mais son identité comme professionnelle de la santé. Il y a une reconnaissance mutuelle entre

les différents acteurs, et c'est cette reconnaissance qui lui permet de construire son identité.

Dans le cadre conceptuel, nous parlons de l'importance des institutions pour « ancrer et encadrer socialement l'identité » (Demazière et Dubar, 1997, p.49) mais Vincent ne ressent pas de reconnaissance de l'établissement. Il réagit très fortement, aux restructurations du système de santé, tant institutionnelles qu'organisationnelles. Ceci a suscité chez lui un engagement syndical, considérant qu'il faut faire quelque chose au regard des conditions de travail, mais aussi au regard de la préservation de la qualité des services dispensés que ce soit dans la façon dont on prodigue les soins ou dans la relation à entretenir avec les patients.

Mais moi ce que je viens trouver d'insultant, c'est que je demande pas ça à un médecin, c'est un professionnel comme moi. Et puis tu demandes pas à un médecin de légiférer et quantifier tout...je veux dire tu en as tellement assez à faire que...j'ai des statistiques à remplir par exemple. J'ai des statistiques à remplir pour que le ministère sache quelle quantité de gens on a vue et quelle quantité d'actes on a faite. Être obligé d'avoir ça par exemple, c'est comme une tâche supplémentaire donc je me serais volontiers passé.

De fait, la reconnaissance et la validation passent par le patient et par l'équipe, mais au niveau de l'institution de la santé il y a eu, et il y a encore, plusieurs obstacles. D'ailleurs, il réagit très fortement au Lean.

Moi avec tout ça, je me suis senti comme, et d'autres infirmiers se sont sentis comme ça aussi, c'est comme si on ne faisait pas confiance à notre professionnalisme et à notre...écoute ça prendra le temps que ça prendra. Je vais pas niaiser, j'ai des patients à voir. Tu comprends? Mais bon, ça s'est personnel, c'est comme ça que je l'ai vécu...tout un tas de changements qui sont venus et qui n'étaient pas là avant.

Les rapports de pouvoirs sont donc vécus au niveau de l'institution, mais Vincent réagit également à la hiérarchie établie envers les médecins.

4.5.5 L'avenir : S'adapter reste la maxime

Le parcours de Vincent est marqué au début par des moments d'exclusion pour aller vers des moments d'inclusion à partir de moments de reconnaissance, à une altérité du dedans, caractérisée par des relations et des moments tournants. Bien que Vincent aime son travail, il ne croit pas le pratiquer toute sa vie, mais souhaiterait toujours oeuvrer dans le domaine de la relation d'aide. Il pense demeurer au Québec à moyen terme, ayant bâti sa vie ici avec ses enfants qui y ont grandi. À long terme, si la situation le lui permet, il aimerait vivre sa retraite dans le sud, là où il fait chaud, blaguant que « l'hiver c'est la saison des fractures de hanche », disant tout de même sérieusement que « vieillir au chaud c'est mieux ». Il ne pense pas que ce serait possible de retourner vivre en Haïti, s'étant habitué à la qualité de vie que lui offre le Québec. Il reste tout de même ouvert à différentes options, considérant qu'il a une bonne capacité d'adaptation.

CHAPITRE V

ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DES RÉCITS DE PRATIQUE

Dans ce chapitre, nous explorons davantage les différentes composantes des récits présents dans le chapitre IV. Nous verrons que les quatre principaux concepts du cadre conceptuel, soit : la reconnaissance et la dimension relationnelle comme construction identitaire au travail, l'altérité et la dynamique inclusion/exclusion qui est engendrée dans un contexte interculturel, occupent tous une place centrale dans les récits d'insertion socioprofessionnelle des informateurs. Cependant, ce qui est intéressant de souligner est la différence dans la façon dont la plupart des informateurs ont vécu leur expérience et à quel point ces concepts sont tous en étroites relations. Ceci nous a amenées à développer trois principales thématiques qui structurent ce chapitre, celles de (1) la liberté et du choix, de (2) la reconnaissance au travail et de l'altérité et finalement de (3) l'organisation du système de santé au Québec.

5.1 La question de la liberté et du choix

Nous jugeons pertinent de présenter la question de la liberté et du choix, puisqu'elle nous a significativement aidées à comprendre le vécu et la perception qu'ont les informateurs de leur propre expérience. Cet aspect est ressorti, de façon plus ou moins explicite, dans le discours de tous les informateurs et il est très représentatif de leur trajectoire d'immigration et de leur trajectoire d'insertion socioprofessionnelle. Nous avons noté que le choix se situe sur quatre principaux plans. Il y a (1) le choix de l'immigration, soit d'avoir quitté le pays d'origine, (2) le choix de la profession, (3) le choix de l'insertion dans le milieu du travail et finalement (4) le choix de rester au Québec et dans sa profession.

Poza et Christophe se rejoignent sur de nombreux points même si, individuellement, leur expérience demeure unique en soi. D'une part, ils souhaitaient retrouver dans leur immigration une expérience humaine, bien que pour Christophe l'expérience professionnelle était tout aussi importante. Au départ, les deux ont vécu de nombreux moments d'inclusion et de reconnaissance. Tout d'abord ils se sont fait recruter à l'étranger pour travailler au Québec. Ensuite ils ont eu droit, dès leur embauche, à une reconnaissance d'équivalence de leur diplôme dans un centre hospitalier, embauche qui s'est effectuée dans un temps record. Finalement, à leur arrivée ils ont tous les deux eu droit à une période d'intégration et d'orientation aux plans professionnel et personnel offerte par leur nouvel employeur. Quant à Boubacar et Vincent leur expérience fut autre chose, puisqu'ils ont vécu de nombreux moments d'exclusion et de non-reconnaissance. Leur insertion socioprofessionnelle dans le système de la santé a été particulièrement parsemée d'embûches. De plus, la carrière d'infirmier ne constituait pas leur premier choix.

De façon générale, la perception de leur avenir dans le milieu de la santé et au Québec est très variée. Même après avoir quitté la profession infirmière, Poza affirme, tout comme Boubacar, aimer la nature de l'emploi, mais pas l'environnement de travail. De son côté, Christophe affirme qu'il va y rester toute sa vie, étant profondément passionné par son travail. Vincent et Boubacar, pour leur part, envisagent se réorienter professionnellement d'ici quelques années, jugeant le milieu de la santé trop exigeant. Ayant trouvé l'amour au Québec, Poza souhaite s'y établir pour la vie alors que Boubacar est déchiré entre son pays natal et le Québec. Pour l'instant, c'est tout de même sa relation amoureuse qui le garde à Montréal. Christophe, étant un voyageur avide de découvertes, souhaite continuer de profiter de la mobilité que lui offre son travail. Il pense éventuellement à pratiquer ailleurs au Canada. Pour Vincent, dans l'immédiat le court terme le satisfait, même s'il ne se voit pas passer ses vieux jours « au froid ».

Rappelons que Dubar affirme que « les agents restent tout de même actifs, capables de justifier leur pratique et donner cohérence à leurs choix » (1992, p. 520). C'est ce que les informateurs ont fait lors des entretiens : rendre leurs récits cohérents. Or, le plus intéressant est de comprendre comment cette cohérence s'est construite, notamment au regard du choix et à ce sentiment de liberté face à son destin. Il se dégage des récits un lien entre la liberté du choix et le plaisir ou un lien entre le manque de liberté du choix et la souffrance au travail. Pour Christophe et Vincent, le travail est un endroit de plaisir et de reconnaissance alors que pour Boubacar c'est complètement le contraire et il rappelle très régulièrement qu'il n'avait pas le choix. En ce qui concerne Poza, il s'est produit un renversement de la situation puisque le plaisir, présent au début, s'est estompé par la suite. En outre, elle rapporte éprouver maintenant beaucoup d'agrément dans sa nouvelle carrière qui lui procure plus de liberté pour créer et réfléchir. L'opportunité de faire des choix semble permettre de donner sens au travail accompli et d'y trouver de la satisfaction.

Vincent et Boubacar ont quitté leur pays pour des raisons d'instabilité politique. Boubacar était encore enfant lorsqu'il a été forcé d'émigrer au Canada afin d'étudier et d'exercer une profession « libérale ». Au contraire de Boubacar, Vincent répète souvent que malgré les obstacles vécus, qu'il avait le choix de l'immigration et qu'il se sent béni « parce que j'avais le choix de partir ». Il le verbalise du début à la fin de son récit, donnant des exemples concrets, notamment le déménagement obligé de personnes de son entourage suite aux catastrophes naturelles ayant eu lieu en Haïti. De son côté, Boubacar redira à maintes reprises, « je n'avais pas le choix » pour référer à son immigration, à sa profession ou à ses études. Poza est pour sa part très reconnaissante de la chance qu'elle a eue et répètera de nombreuses fois que son immigration s'est très bien passée parce qu'elle avait le choix et qu'elle n'a vécu aucun problème. Il en est de même pour Christophe. Tout s'est bien déroulé : le choix de sa profession, la reconnaissance des équivalences, etc. Rappelons que dans la cadre conceptuel - section 2.3.2 portant sur la dynamique d'inclusion et d'exclusion

(p. 29) - nous avons souligné que la reconnaissance de l'Autre est également un élément décisif du plaisir ou de la souffrance.

Tous laissent entendre que les enjeux ne sont pas les mêmes d'une personne à l'autre. Par exemple, Poza qui a changé de carrière jugeant les conditions de travail trop difficiles alors que Christophe décrit le système comme étant très favorable. Finalement, ils ont eu la même liberté de choisir leur profession et même de demeurer dans le système de santé, tout comme l'ont été leur immigration et leur décision de résider au Québec. Pour ce qui est de Boubacar, il est déchiré dans son rapport à son identité québécoise et guinéenne et dans son rapport avec le système de santé. Vincent qui, pour sa part, dit avoir émigré pour donner une meilleure chance à ses enfants. Il rapporte aimer le Québec, quoique qu'il ne souhaite pas nécessairement y terminer sa vie, sans pour autant manifester son intention de retourner en Haïti. Le vécu de chaque informateur illustre bien le lien entre les expériences passées et le vécu actuel, un des éléments que l'approche phénoménologique met de l'avant (Zook, 2014).

Nous avons pu dégager une différence dans le vécu de l'insertion socioprofessionnelle concernant la liberté de choisir et de planifier l'immigration. Nous pensons que cette liberté influence la manière dont les immigrants vivent leur insertion socioprofessionnelle. De fait, si nous analysons cet aspect dans une perspective communicationnelle de la phénoménologie, la liberté de choisir fait aussi partie de la manière dont les personnes font sens de leur vécu comme expérience de l'altérité (Craig, 1999). Si un vécu est marqué par la liberté et par la capacité d'agir sur les événements qui surviennent, nous observons une tendance à manifester plus de résilience face aux obstacles rencontrés (Poza et Vincent). Au contraire si cette même expérience est perçue comme une incapacité de faire ses propres choix, le processus d'immigration représente plus d'obstacles à franchir (Boubacar).

Nous pouvons même parler d'une construction identitaire basée sur la liberté de choisir sa trajectoire d'insertion socioprofessionnelle. Ainsi, nous avons pu dégager des récits des informateurs que ceux qui se sentent le plus en contrôle de leur vie, et donc plus libres, se définissent comme ceux ayant fait des choix (Christophe est le seul à ne pas y faire allusion). À l'exception de Boubacar qui rapporte avoir subi les choix que les autres ont faits pour lui. Il se définit comme celui qui n'a pas eu de liberté donc celui qui ne fait que répondre à la situation. Ces différentes situations dans la liberté de choisir entraînent donc la construction de différentes identités. Ainsi pour Christophe, Poza et Vincent, il y a eu ce sentiment de liberté dans le choix et dans la construction de soi en tant que professionnel et immigrant, selon leurs interprétations de leurs relations avec les Autres (Meyor, 2007, 2011, Craig 2009, Zook, 1994). Ceci explique pourquoi Vincent, qui pourtant a vécu plein d'embûches, parle tout de même de choix alors que Boubacar au contraire n'a pas eu cette opportunité de choisir. Ces moments de choix font la différence dans la trajectoire des individus et nous amènent également à souligner l'importance de la dimension temporelle. Telle que rapportée par Desmet & Guillemette (2010), la construction identitaire au travail implique une dimension temporelle. Les récits des informateurs nous ont démontré l'importance de prendre en considération leur trajectoire d'immigration, du début à la fin, afin de bien comprendre leur insertion socioprofessionnelle présente et passée.

5.2 L'inclusion par la reconnaissance *au* travail et la reconnaissance *du* travail d'infirmier

Rappelons, comme il a été vu au chapitre II, le sens donné par les informateurs à leur insertion socioprofessionnelle qui est en partie définie par leur insertion au travail en lien avec leur insertion sociale. Rhéaume (2001) affirme que le travail de nos jours

occupe une place très importante dans la société. Or, nous cherchons à comprendre la place qu'occupe l'infirmier dans un environnement fortement institutionnalisé et hiérarchisé, qu'est celui de la santé, et ce, en relation avec les Autres (Zook, 1994). Rappelons que, dans une perspective communicationnelle, nous nous intéressons à la dimension relationnelle, qui est à la base de la construction identitaire telle que préconisée par Lipiansky (1993). Aussi, en ajout à notre cadre conceptuel, l'établissement des relations sociales dans le récit des informateurs se fait à la fois avec les collègues, avec l'organisation, mais également avec les patients, l'entourage et la société. Ceci donne sens à l'insertion au travail dans la société et à la trajectoire d'immigration (Brun et Dugas, 2005 dans El Akremi et al., 2009).

Ces relations sociales se font dans une quête de reconnaissance mutuelle qui est établie entre les différents acteurs et qui constitue la base de l'identité au travail comme il a rapporté dans le chapitre conceptuel – voir section portant sur l'enjeu de la reconnaissance (section 2.2.2, p.25). Lorsqu'on regarde la question de la reconnaissance au travail et de l'altérité au travail, on retrouve ce rapport entre l'altérité du dedans et l'altérité du dehors. Rappelons que Jodelet (2005) définit l'altérité du dedans par l'inclusion, et l'altérité du dehors par l'exclusion, mais que dans un contexte de diversité culturelle on associe régulièrement l'altérité à une « appartenance de groupe » (p. 10), ce qui renvoie à l'altérité radicale. Cette forme d'altérité n'est pas très présente dans les récits de pratique des informateurs, alors que la quête de reconnaissance au travail ne se fait pas en tant qu'immigrant, mais plutôt en tant qu'infirmier. Boubacar se démarque ici encore par un vécu différent des autres sur cette question, mais il vit tout de même des moments de reconnaissance dans son travail. Comme nous le verrons, la situation est différente lorsque les informateurs réfèrent à leur place dans la société et à leur cercle social, constitué principalement de personnes de la même origine, sentant qu'ils sont davantage dans un « ghetto ».

Il se dégage des récits que le milieu de la santé permet d'être un lieu d'inclusion au travail et être infirmier permet également de chercher cette inclusion en dehors des limites du travail. Nous avons constaté que la particularité du travail d'infirmier permet aux informateurs de se développer une identité professionnelle et sociale (Rhéaume, 2001). Comme nous le verrons, il apparaît que le milieu de travail est lieu de construction identitaire essentielle pour les informateurs, et donc, de construction de soi (El Akremi et al., 2009).

5.2.1 La reconnaissance au travail par les patients et les collègues : L'altérité du dedans

Le travail en soins infirmiers amène tous les informateurs à souligner l'importance de l'aide qu'ils offrent à leurs patients et à la reconnaissance qu'ils en retirent. C'est d'ailleurs l'aspect le plus important pour eux, soit celui de ressentir qu'ils peuvent faire une certaine différence dans la vie des personnes. C'est aussi ce qui motive Boubacar à demeurer pour l'instant dans le système de la santé, bien qu'il se dise victime de racisme et de discrimination.

Les collègues jouent un rôle très important chez les informateurs. Pour Christophe, Poza et Vincent, c'est un « nous » qui est très fort entre collègues infirmiers. Ils ne se perçoivent plus comme Autre, alors que c'est différent dans la société, comme nous le verrons dans la prochaine section. Par exemple, dans les entretiens, dès qu'il était question des collègues, ils faisaient tous référence à leur équipe et au lien d'appartenance s'y rattachant. Ils expriment que leurs collègues ont besoin d'eux et qu'ils occupent un rôle important. Même Poza, après avoir quitté le milieu, dit avoir encore une grande compassion et une grande sensibilité envers ses collègues qui sont encore infirmiers. Boubacar, pour sa part, vit une dynamique un peu plus particulière.

Il se sent davantage en lien avec les préposés aux bénéficiaires, parce que selon lui, ils ont des conditions de travail encore plus difficiles que les siennes.

Ceci soutient les propos de Lipiansky (1993) lorsqu'il avance que les besoins identitaires sont respectés, lorsqu'il y a reconnaissance. Nous notons principalement les aspects de « l'intégration », en tant qu'infirmier et non en tant qu'immigrant, et de « valorisation » de la personne au sein d'une équipe, du soignant envers le patient, et également de la profession même aux yeux des Autres et de la société (Lipiansky, 1993, p.33).

5.2.2 La reconnaissance du travail dans la société : Altérité du dehors

Les informateurs affirment que dans la société, ils ont l'impression d'être davantage reconnus comme l'Autre. Ils se sentent également comme l'Autre n'étant pas complètement québécois. D'ailleurs, leur cercle social consiste généralement en des personnes issues du même pays d'origine ou d'autres immigrants. Christophe et Vincent utilisent même le terme « ghetto » à cette fin. Ceci évoque les propos de Hsab & Stoiciu, alors que l'immigrant reste dans un « dans son huis clos culturel, pas tout à fait immigrant ou ni complètement citoyen (aux yeux des autres), à la fois inclus et exclu » (Hsab & Stoiciu, 2011, p.16). Par exemple, Christophe dit se sentir touriste dans la société. Il est même un peu irrité quand il réfère à cette perception, disant que c'est plus facile de s'intégrer avec d'autres Français, appuyant du coup les propos de Poza. Rappelons que l'interculturalisme souligne davantage cette idée, renforçant le *Nous* et le *Eux*. Il est intéressant de réfléchir au positionnement de la société d'accueil et de l'impact de la politique d'intégration au Québec, qui se veut inclusive et accueillante.

Parallèlement, comme nous l'avons déjà vu, le problème ne se pose pas quand il est question du travail. Nous parlons de professionnels de la santé quelles que soient les catégories de personnes, de collègues ou de patients. Les limites de l'inclusion et de l'exclusion sont ici définies entre l'identité sociale et l'identité au travail. Par contre, il est intéressant de noter chez les informateurs qu'ils assument très bien leurs différentes identités. Mis à part Boubacar, qui a beaucoup de difficulté étant donné qu'il se sent discriminé et exclu par la société. Les propos de Misanthrope & Costalat-Founeau (2014, p.48), expliquent l'inconfort de Boubacar puisque ses « besoins identitaires » ne sont pas comblés. Il a pu développer des stratégies défensives afin de se protéger. Nous pensons notamment à son engagement politique et au sentiment d'impuissance manifesté régulièrement, disant qu'il n'a pas eu le choix de son immigration et de sa profession.

5.2.3 Être infirmier, infirmière : une dimension centrale de la construction identitaire

L'importance du travail est soulevée dans le récit des informateurs et particulièrement l'importance du travail en soins infirmiers. Ceci est très marqué dans le récit des informateurs face à la construction de soi. Rappelons que dans une perspective phénoménologique, les éléments d'une construction de soi sont basés sur le besoin de l'être, d'être en relation avec d'Autres, puisqu'il ne peut pas être seul dans le monde : Il peut se définir de cette manière, soit en percevant son rôle dans l'environnement (Craig, 2009 ; Zook, 1994).

Nous avons constaté que pour nos informateurs, cela permet de définir leur rôle au travail et également dans la société. Ce qui a du coup une grande influence dans leur perception de soi, donc de leur construction identitaire (Lipiansky, 2013). De fait,

nous remarquons deux pôles qui se traduisent, premièrement par l'« être infirmier », plutôt dans la perception de soi-même et deuxièmement, par le « dire infirmier » soit davantage dans la relation avec les autres et de l'importance du regard que la société pose sur la profession. Rappelons que la construction identitaire permet d'être bien comprise dans une perspective communicationnelle de la phénoménologie, qui est définie par l'expérience de l'altérité (Craig, 1999).

Il y a l'importance que le travail occupe chez l'individu, dans son propre rapport à lui-même. Cet aspect a été très difficile à accepter pour Poza lorsqu'elle a effectué un changement de carrière, « ne plus être infirmière » représentait un défi puisqu'elle se définissait beaucoup par sa profession. Mais être infirmier va encore plus loin. En effet, rappelons-nous, Rhéaume, (2001, p.11) qui disait « que le travail conditionne la vie privée ». Boubacar abonde dans ce sens dans son récit disant que généralement « quand ça va mal au travail, ben ça va mal dans ta vie ». Tout comme Poza qui se disait anxieuse, stressée et sur le bord de l'épuisement professionnel avant qu'elle prenne la décision de quitter le milieu de la santé.

Dans leur vie professionnelle, tous les informateurs ont travaillé ou travaillent encore à temps partiel. La raison émise est qu'ils souhaitent avoir un équilibre dans leur vie, désirant éviter de trop travailler. Également, tous affirment qu'ils se définissent beaucoup par leur profession, conformément à la perspective phénoménologique (section 2.1, p. 19). Cette dernière prétend que le travail permet de se réaliser, et ce, en tant qu'individu. C'est ce qui donne le *sens* au vécu (Zook, 1994).

Il est reconnu que le contexte de travail représente un milieu de construction identitaire servant de base aux individus (El Akremi et al., 2009). Voilà pourquoi le milieu de travail est aussi important dans l'intégration des personnes immigrantes, puisqu'il représente l'endroit où il est possible d'interagir davantage avec l'Autre. Ce

volet a d'ailleurs été notable pour Vincent et Christophe qui ont vécu une intégration socioprofessionnelle réussie à partir du moment où ils ont intégré le milieu de la santé.

Nous retrouvons chez tous les informateurs, une certaine satisfaction à être infirmiers. Le « dire » infirmier est important, parce qu'il est bien vu, valorisé et accepté dans notre société. Se dire infirmier fait lieu d'inclusion pour tous les informateurs et procure une identité sociale très forte. Encore une fois ceci va renverser le « être » Autre dans un rapport d'altérité lié à la culture.

Dans ce processus de construction de soi, les informateurs se disent infirmiers. Rappelons les propos de Zook (1994), qui met l'accent sur le *sens*, mais également sur le *discours*, ce qui nous amène à souligner la partie relationnelle et communicationnelle de la construction de l'identité dans une perspective phénoménologique. Ceci va plus loin que la reconnaissance sociale : Les informateurs utilisent également les mots qui définissent la profession dans un rapport d'altérité, comme : « je travaille dans un hôpital », « je donne des soins » et « on connaît le terrain » par exemple. Ils se différencient dans leurs discours des médecins, des gestionnaires et des préposés. Du coup, ils traduisent également le volet collectif, en parlant au « on », au « nous ». Il s'agit d'une construction sociale qui fait partie d'une communauté où ils sont des « soignants », des « infirmiers » et des « professionnels de la santé ». C'est une inclusion très forte. Cela permet également de définir la profession et permet de saisir la valeur qui lui est attribuée.

Alors que le « être » infirmier est aussi une reconnaissance sociale de la profession qui est, elle aussi, reconnue dans la culture. Pourquoi cela joue un rôle dans l'intégration ? Se poser cette question permet d'aller au-delà de la dimension du travail et d'aborder le niveau sociétal. Les informateurs estiment qu'aux yeux de la société, il s'agit d'une profession qui est « valorisée » et ils en retirent une certaine

satisfaction. Ils « aiment se dire infirmiers » et « aiment être infirmiers ». La valorisation s'exprime régulièrement par des mots d'encouragements et de reconnaissance. C'est là que se distingue cette profession des autres professions. Ils ne considèrent pas ce travail comme étant ordinaire. Ceci réfère également au « nous » commun, qui fait lieu d'inclusion dans les relations qu'ils ont avec les Autres.

5.3 Le milieu de travail : des infirmiers pris dans les contraintes du système de santé québécois

Nous savons qu'il existe un lien très fort entre la reconnaissance au travail et le vécu au travail en termes de souffrance et de plaisir (Rhéaume, 2001). Conformément à notre cadre conceptuel, tous les informateurs affirment se définir par le travail en tant qu'individus. Aussi, ils font principalement référence à la « valorisation », qui constitue un des besoins identitaires répondant au besoin de reconnaissance, tel que soulevé par Lipiansky (1993, p.33). Il est également intéressant de noter que Poza, Christophe et Vincent spécifient à un moment ou à un autre de leur récit que cette profession est très reconnue au Québec, ce qui fait ressortir un aspect culturel. La profession infirmière fait partie intégrante du système de la santé qui, comme nous l'avons vu au chapitre I, et occupe une très grande importance au Québec. Rhéaume (2001) met en lumière le vécu des informateurs en soulignant que, lorsqu'il y a reconnaissance ou non, le travail devient un lieu de « plaisir ou de souffrance » (pp.11-12). Les récits des informateurs nous ont démontré que la reconnaissance des patients et des collègues, bien que très importante, n'est pas « suffisante ». L'institution de la santé joue un double rôle chez nos informateurs, soit une source de plaisir et de souffrance.

Tout d'abord, il est source de plaisir lorsqu'il y a reconnaissance, soit l'altérité du dedans. Rappelons que la reconnaissance de la personne immigrante dans son entièreté, et non en tant que Autre est également une source de plaisir et de souffrance. Pour Poza et Christophe, l'OIIQ joué un rôle de reconnaissance et d'inclusion en allant les recruter à l'étranger parce qu'il y avait pénurie de la main-d'œuvre au Québec. Leur diplôme professionnel y était de plus reconnu. Pour eux cette reconnaissance a aussi joué un rôle d'altérité du dedans. Cette question du besoin a également été prédominante dans les choix de carrière de Boubacar et de Vincent, qui ont opté pour cette profession, qu'ils qualifient de libérale, parce qu'elle leur permettait d'avoir un travail et un salaire assuré. Pour Vincent, cela lui a également été permis de se sentir accueilli dès le début de ses études en soins infirmiers. Boubacar fait exception à la règle. Il s'est toujours senti discriminé, victime de racisme et jugé par l'institution qui établit selon lui une hiérarchie à la fois systémique et culturelle. Le travail est lieu de souffrance, ce qu'il répète régulièrement tout au long de son récit. Ceci fait échos aux propos de Montgomery et Cognet (2007) où l'altérité peut avoir un « pouvoir de réification ou d'exclusion » (p.2). Boubacar se sent discriminé au travail et se dit lui-même sur la défensive et exclu, alors que pour les autres, le travail a été un endroit d'inclusion.

Conformément à la perspective phénoménologique, le rôle que les informateurs s'attribuent au travail est défini en fonction de l'interprétation qu'ils font de leurs expériences. Ceci nous amène à la notion de plaisir et de souffrance au travail qui est fortement mise en évidence dans leur récit. Ceci nous amène également à souligner la reconnaissance du travail d'infirmier par l'institution comme étant un élément clé de la construction identitaire au travail (Rhéaume, 2001). En ce sens, l'histoire de Poza est significative. Alors qu'elle avait une très grande reconnaissance de la part de ses collègues et des patients, elle n'en avait aucune de la part de l'institution. Elle répète à de nombreuses reprises qu'elle n'avait plus de plaisir, l'organisation de la santé étant « inhumain ». Parallèlement, tous les informateurs sont en fortes réactions

face aux changements organisationnels et aux conditions de travail ayant cours présentement dans le système de la santé, disant que c'est devenu très difficile. Même Christophe craint une détérioration de ses conditions de travail, bien qu'il vive l'organisation du travail bien différemment des autres informateurs. Il perçoit l'organisation de façon très positive ce qui, entre autres, l'a amené au Québec. Si les conditions venaient à changer, Christophe quitterait probablement le Québec.

De fait, la logique de prendre soin (le *care*), dans un contexte de performance régit par des logiques économiques, soulève des contradictions dans l'exercice de la profession pour Boubacar, Poza et Vincent. Nicotera (2015, 2012) met en lumière la nature contradictoire de la profession infirmière qui est caractérisée par deux logiques : la logique des soins et la logique économique. De fait, ces professionnels sont souvent pris dans une double contrainte qui résulte du conflit entre « the ability to accomplish organizational and personal goals » (Nicotera & Mahon, 2012, p. 91). Rappelons que la profession se définit par la pratique soignante (Saillant, 2010), qui elle implique une relation d'aide. Les informateurs s'entendent tous, sauf Christophe pour dire qu'ils n'ont plus « les outils » pour bien faire leur travail : avoir le temps, et ce, au détriment du travail à la chaîne. D'ailleurs, ils font souvent référence au Lean, ce mode de gestion axé sur la productivité qui, selon eux, leur a enlevé tout ce qu'ils aimaient de leur profession. Ils parlent de « coupures dans les soins », de « mauvaises conditions de travail », de « tensions » et de « conflits ».

Ne pas avoir les « outils » pour bien faire le travail représente pour les informateurs la pire conséquence de ce nouveau mode de gestion qui ne prend pas en considération les réalités du terrain. De fait, en plus du « stress » auquel ils font tous référence, ils n'ont plus la possibilité de prendre leur temps avec les patients, de développer une relation avec eux afin de les traiter « comme des humains et non comme des machines » comme l'affirment Vincent, Poza et Boubacar. Comme nous l'avons vu précédemment, bien faire son travail favorise une reconnaissance de la part des

patients, reconnaissance qui est primordiale pour tous les informateurs. Dans ce contexte, le système de santé apparaît plutôt comme une entité qui met des barrières. Les propos de Poza sont très révélateurs à ce sujet :

Quand on voit qu'on installe la méthode Lean dans le milieu de la santé, ben y'a rien d'humain là-dedans. Donc si c'est ça notre moyen de mettre en place les soins dans un hôpital, on se base sur une méthode de construction de voitures, on voit que l'humain est perdu au milieu de ça...y'en a pas. C'est pas la vision qui arrive en tout cas..j'ai pas l'impression. Pas par les gestionnaires, pas par eux qui mettent en place ces cadres-là et ces lois-là. Et malheureusement c'est eux qui font les hôpitaux. Ce que devient et ce qu'est un hôpital. Donc non...je pense pas que le côté humain on déshumanise de plus en plus j'ai l'impression les hôpitaux.

Tous les informateurs (sauf Christophe qui n'en parle pas) rapportent n'avoir aucune reconnaissance de la part du système de santé. Ils affirment que les gestionnaires n'ont aucune expérience terrain et qu'ils ne sentent pas compris par ces derniers. Tel que rapporté au Chapitre II, il est important de rappeler que les relations sociales sont basées sur des relations de pouvoir, donc de domination et de hiérarchie. Tous les informateurs (à l'exception de Christophe) signalent ces aspects principalement face à l'attitude des patrons ou de ceux, « en haut », qui prennent les décisions sans comprendre les réalités du terrain. Ils se sentent tous perçus comme des « numéros ».

Il est intéressant de constater que la non-reconnaissance du système de santé est vécue par les informateurs en tant que professionnel de la santé, sans égard au fait qu'ils sont immigrants. Ceci n'est pas de l'ordre de l'altérité liée à la culture ou de l'exclusion. Règle générale, ils se sentent très affectés par les politiques qui sont mises en place par le système de la santé sans qu'il y ait reconnaissance de leur travail. L'Autre, dans le vécu des informateurs, ne se fait plus en termes d'altérité liée à la culture. Par contre, Boubacar fait exception à la règle, affirmant que pour les immigrants, cette non-reconnaissance serait amplifiée.

Boubacar et Vincent, sont très engagés dans leur milieu de travail. Pour sa part, Vincent est impliqué dans le syndicat alors que Boubacar l'est politiquement avec un groupe de travail. Les deux militent pour dénoncer l'organisation du travail. Ces formes d'engagement sont, pour Rhéaume (2011) une stratégie défensive mise en place afin de « diminuer [...] sa souffrance » (p.12) au travail. Par exemple, Boubacar affirme que « c'est [la politique] ce qui me nourrit le plus ».

Quand ils en parlent dans ces termes, Boubacar, ainsi que les autres informateurs, s'intègrent comme un « nous » infirmier, un « nous » où il n'y a pas de différences économiques, politiques ou culturelles. Apparaît également une dynamique d'inclusion générée par cette non-reconnaissance du système de santé, une dynamique qui passe par la valorisation de la profession.

CHAPITRE VI

DE LA TRAJECTOIRE D'IMMIGRATION À L'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

Dans ce chapitre, nous avons identifié cinq principaux thèmes qui se sont dégagés fortement de nos résultats et qui nous permettent de répondre à notre question de recherche. Il s'agit tout d'abord de (1) l'importance de l'insertion dans la société pour une insertion socioprofessionnelle réussie et de (2) la reconnaissance et l'altérité qui sont ancrées au coeur de notre analyse. Nous abordons également la question (3) de la discrimination et le racisme, de (4) la liberté et du choix et terminons avec (5) le contexte de la santé au Québec.

6.1 Importance de l'insertion dans la société pour une insertion socioprofessionnelle réussie

Selon le vécu des informateurs et à notre avis, les récits ont révélé que l'insertion économique ou professionnelle ne touche pas seulement l'insertion au travail. Pour qu'il y ait une insertion socioprofessionnelle réussie, il doit y avoir une inclusion de l'être en entier. Nous pensons avoir mis en lumière l'importance de la reconnaissance au travail qui permet aux informateurs de ne pas être en premier lieu identifiés et reconnus comme immigrants. C'est l'endroit où l'identité comme professionnelle de la santé est valorisée : il permet à « l'individu d'être du “dedans” » (Cogné et Montgomery, 2007, p.3). Cette identité au travail fait lieu d'inclusion.

Dans le Chapitre I, nous faisons référence au fait que l'insertion d'une personne immigrante dans la société passe par le travail. Conséquemment, l'importance de l'insertion sociale et de l'insertion professionnelle est régulièrement soulevée dans les récits des informateurs. Comme nous avons vu dans le Chapitre II, ceci nous permet

de faire le lien entre le travail et la construction identitaire d'un adulte. Dans la majorité des récits, le travail n'est pas nécessairement la motivation de l'immigration, mais il a plutôt permis l'immigration. Il est également une source de valorisation pour l'individu suite à l'immigration. Ceci nous amène à souligner le fait que le travail d'infirmière et d'infirmier occupe une place singulière par rapport aux autres professions, comme nous le verrons à la section suivante (section 6.2, p. 108).

Il est intéressant de constater que certains informateurs ont émigré via la catégorie d'immigration économique, mais qu'ils utilisent ce canal pour vivre une expérience qui se veut plus humaine que professionnelle. L'immigration économique n'est pas nécessairement la raison pour laquelle ils souhaitaient émigrer mais représentait plutôt une façon d'atteindre un objectif. Depuis l'écriture du projet de mémoire, certains rapports gouvernementaux ont été publiés traitant de l'insertion socioprofessionnelle. Nous pensons qu'il est important d'en faire une mise à jour puisque nous y retrouvons des éléments qui se reflètent dans notre projet.

Comme il a été rapporté dans le Chapitre I, au Québec, nous basons notre modèle de gestion de la diversité culturelle sur l'interculturalisme. Par contre, cela n'a jamais été formalisé et le dernier énoncé de politique publique sur l'intégration des immigrants a eu lieu en 1990. Le MIDI a eu un récent mandat d'écrire et d'élaborer une nouvelle politique ministérielle du gouvernement provincial traitant de l'interculturalité et de l'inclusion. En décembre 2015, une nouvelle Loi sur l'immigration au Québec a été déposée à l'Assemblée nationale, puisque la dernière avait été adoptée en 1968 (Immigration, Diversité et Inclusion Québec, 2015). Si elle est adoptée, cette nouvelle loi vise notamment de donner plus de responsabilités au Québec en « matière de sélection, d'accueil, de francisation, d'inclusion et de participation des personnes

immigrantes » (Immigration, Diversité et Inclusion Québec, 2015).¹² Une série d'actions concrètes viendra avec cette nouvelle vision qui consiste notamment à un étalonnage des politiques en matière d'immigration, de francisation, de relations interculturelles et de lutte contre le racisme et la discrimination. Il est aussi préconisé que l'expérience et les compétences professionnelles des personnes immigrantes soient mieux reconnues. Comme nous avons vu dans le chapitre précédent, une meilleure reconnaissance permettrait une meilleure intégration socioprofessionnelle des personnes immigrantes alors qu'une non reconnaissance engendrerait des obstacles dans les parcours. Ceci soulève les concepts à la fois de la reconnaissance et de l'altérité.

6.2 La reconnaissance et l'altérité

La question de la reconnaissance par rapport à la profession d'infirmière et d'infirmier est un élément central de l'insertion socioprofessionnelle. Rappelons que les relations sociales sont à la base de la construction identitaire, dans un rapport à l'Autre (Dubar, 1992; El Akremi et al., 2009; Lipiansky, 1993; Rhéaume, 2001). Il y a la reconnaissance des collègues, des gestionnaires, de l'institution, mais surtout la reconnaissance des patients et de la famille qui s'est avérée être et est encore primordiale. Nous savons que la reconnaissance des patients est celle qui est la plus importante chez les informateurs. Elle est à la base de la vision de leur profession en leur donnant une identité professionnelle bien définie, soit celle de « soignant » dans une relation d'aide. Nous pouvons faire le lien avec les propos de Real (2010), qui affirme que la manière dont les professionnels de la santé vont interpréter leur milieu

¹² Conséquemment, le plan d'immigration annuel 2016 a été publié où les principaux objectifs du plan d'immigration annuel 2015 y sont maintenus (Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, 2015).

de travail va définir leur identité professionnelle. L'auteur fait référence aux collègues et aux patients dans ce cas, tout comme au cadre institutionnel.

Dans cet ordre d'idée, nous aimerions rappeler l'importance du milieu de travail qui a des répercussions jusque dans la vie privée des individus. Il représente soit un milieu de plaisir, soit un milieu de souffrance, constituant ainsi un milieu de construction identitaire essentiel pour les personnes immigrantes (El Akremi et al., 2009, Lipiansky, Rhéaume, 2001). La reconnaissance joue dans ce contexte une importance cruciale. Le travail devient, d'une part, lieu de plaisir lorsque l'informateur se sent considéré dans son entièreté par l'institution et non seulement comme un « numéro » dans une chaîne de production. Et d'autre part, il devient un lieu de souffrance lorsque l'identité en tant que professionnel de la santé est reconnue au détriment de celle de l'individu en tant qu'immigrant, renversant les frontières de l'altérité radicale, tel que le souligne Jodelet (2005).

Les informateurs ne réfèrent pas souvent à leur pays d'origine lorsqu'ils parlent de leur quotidien et de leurs relations sociales. Par contre, ils en parlent de façon plus marqué lorsqu'ils racontent leur trajectoire d'insertion socioprofessionnelle. De fait, ils vont souvent comparer leur vie dans leur pays d'origine à celle du Québec. Pour l'informateur ayant émigré lorsqu'il était enfant, l'Altérité du dehors est sollicitée dans son récit comme vécue autant par la société que par le système de la santé. Il se différencie des trois autres informateurs ayant émigré adultes, qui se sentent du dehors principalement dans la société, mais du dedans dans leur milieu du travail qui leur permet une inclusion. Cet aspect est particulièrement frappant dans la trajectoire des deux informateurs qui ne sont pas d'origine française parce que leur identité d'immigrant a nui à leur intégration socioprofessionnelle. Par contre, les informateurs d'origine française apprécient le fait que tout le monde « se mélange » dans leur travail, peu importe leur pays d'origine. Ceci soulève à la fois les limites de l'inclusion et de l'exclusion et nuance les propos de Hsab & Stoiciu (2011) alors que

ce « huis clos culturel » (p.16) est vécu que dans les limites du travail, et non de la société .

Nous avons perçu un rapport très net entre l'inclusion qui se fait par des moments de reconnaissance au travail et l'exclusion qui passe par une non-reconnaissance au travail. Tout cela est déterminé directement par la façon dont les relations sociales sont vécues et perçues dans une dynamique d'altérité, radicale ou non, et indirectement par l'institution selon l'organisation du travail. L'altérité radicale qui se vit par des moments d'altérité du dehors, d'exclusion et de non-reconnaissance, nous amène à pousser la réflexion en abordant la question de la discrimination et du racisme.

6.3 La discrimination et le racisme

Nous avons début notre mémoire avec un récit qui nous a inspirées, où la question de la discrimination et du racisme était très présente pour les personnes immigrantes souhaitant intégrer le marché du travail, entravant du coup leur intégration socioprofessionnelle. Alors que ces éléments ont été soulevés de manière assez importante dans la littérature, quelles en seraient les explications possibles et que nous n'avons pas retrouvées lors de l'analyse des récits ?

En effet, nous avons été surprises de ne pas avoir observé, de façon marquée, les éléments de discrimination et de racisme dans les récits des informateurs. Cependant ils sont tout de même apparus sous différentes formes de manière plus ou moins explicite. Ceci vient confirmer les propos de Fassin (2002, p. 406) qui dit qu'on explique les « disparités socio-économiques » par le « problème de capital culturel, croit-on, qu'on le pense en termes de différences (origines) ou de déficience

(diplômes) ». Ceci nous amène à nuancer les propos de certains auteurs, notamment Bellange (2010) et l'OCDE (2013) lorsqu'ils réfèrent à l'immigration qui est problématique à la discrimination et au racisme.

Dans le cas des récits des informateurs, les minorités visibles sont victimes de discriminations et non tous les immigrants. De fait, nous avons remarqué que selon le pays d'origine, la trajectoire d'immigration est très différente. Il est assez frappant de constater que les deux informateurs d'origine française (et blancs), n'ont pas vécu de moments d'exclusion dans leur intégration socioprofessionnelle, alors que les parcours des deux autres informateurs d'origines guinéenne et haïtienne (tous les deux noirs) sont marqués par des moments d'exclusion. Ceci rappelle les propos de la CDPD (2013, p. 1) disant que « le principal facteur freinant l'intégration en emploi des personnes immigrantes et racisées serait la discrimination » et confirme qu'« un candidat au nom de famille québécois a au moins 60% plus de chances d'être invité à un entretien d'embauche qu'une personne qui a un nom à consonance africaine, arabe ou latino-américaine » (CDPDJ, 2013 ; Eid, 2012). En ce qui concerne nos informateurs répondant à ces caractéristiques, ils ont vécu plus de moments d'inclusion que d'exclusion en intégrant le système de la santé, mais ils ont également vécu plus d'obstacles et de moments d'exclusion que les informateurs d'origine française. Ceci nous amène à pousser la réflexion sur la question de la liberté et du choix dans la trajectoire d'immigration.

6.4 La liberté et le choix

La question du choix et de la liberté ne se retrouve pratiquement pas dans notre littérature pourtant elle s'est retrouvée au coeur de notre analyse ayant émergé très fortement dans chacun des portraits. Tel qu'explicité dans le chapitre précédent, il est

important d'approfondir cet aspect. La liberté comprise dans une perspective phénoménologique comme « la notion de libre-arbitre, c'est-à-dire à l'expression d'une volonté » (Palermo, 2015) par Merleau Ponty nous semble pertinente dans ce contexte.

Cette définition correspond tout d'abord à un sujet responsable de ses actions, acteur de décisions qui (ne) sont (que) le fruit d'un choix entre plusieurs possibilités. Dans ce contexte, la liberté sera l'expression d'un passage entre une possibilité et l'actualisation de cette possibilité par l'acte même de la décision. (Palermo, 2015)

L'impression d'avoir eu un contrôle sur sa vie, donc d'avoir eu des choix, donne un sentiment de liberté chez les informateurs. Ceci influence la manière dont ils ont vécu et donné sens à leur insertion socioprofessionnelle et à leur immigration. Par exemple, la question du choix professionnel est abordée selon différentes perspectives par nos informateurs. Que ce soit d'un point de vue culturel, puisque dans certains pays on ne change pas de travail ou d'un point de vue familial où l'importance est mise sur l'exercice d'une profession libérale. Serait-ce une des raisons qui influencerait la perception et l'expérience au travail ? Les informateurs qui rapportent avoir eu des choix, réfèrent souvent à la notion de plaisir dans leur travail. Contrairement à celui qui affirme ne pas avoir eu de choix et qui vit sa situation comme une fatalité et dans la souffrance. Un élément commun à tous les informateurs est l'importance d'aimer son travail, puisqu'ils y passent la majorité de leur temps. Cette notion de plaisir les amène à se poser plus de questions, à réfléchir et à considérer les choix qui s'offrent à eux.

Ceci nous ramène à Nicotera (2015) et la double contrainte du 'care' et des logiques économiques caractérisant le milieu hospitalier, surtout dans la pratique soignante. Nicotera (2015) affirme qu'un individu qui est pris dans une double contrainte, se trouve dans l'incapacité à faire des choix, et donc perd sa capacité d'agir [*agency*]. La

majorité des informateurs affirme aimer la nature de leur travail, mais pas l'environnement. Ils n'ont pas le choix face à tout ce qui touche la profession et les actes eux-mêmes, mais ils ont le choix de demeurer ou non dans la profession. Ils sont donc pris dans cette double contrainte, comme nous le verrons dans la section suivante.

6.5 Le contexte de la santé au Québec

Le travail représente pour tous un « nous » commun, une inclusion où l'aspect immigrant de la personne n'est pas remarquée. Ceci nous amène à aborder le contexte de la santé comme milieu de travail unique et primordial. Les récits nous ont permis de soulever l'importance du milieu de travail et de la nature du travail, qui va bien au-delà de l'action économique qui y est associée. De fait, le milieu du travail et les caractéristiques du milieu organisationnel sont des éléments poignants des récits des informateurs.

Les résultats montrent clairement que la valorisation de la profession infirmière dans notre société aide à l'insertion des informateurs. Les informateurs témoignent tous de la valorisation qui émane de leur profession dans la société québécoise et disent grandement l'apprécier. Ils y voient des répercussions dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs collègues et leurs patients. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'au Québec, tel que spécifié par Robert (2005, p.1) « le système de la santé demeure un enjeu fort émotif » parce qu'il répond à un besoin demandé par tous, mais également, tel que souligné par Dumais (2012, p. 377), parce qu'il constitue « la plus grande politique sociale québécoise à ce jour ». Afin de combler la pénurie de la main-d'oeuvre dans le système de la santé, il y a des discussions présentement visant à renforcer des lois existantes en lien avec la proposition de la nouvelle loi

d'immigration - voir la section portant sur l'importance de l'insertion dans la société pour une insertion socioprofessionnelle réussie (section 6.1, p. 106).

L'organisation de la santé permet de procurer une identité sociale aux informateurs et permet aussi de développer un « nous » commun, mais elle est également la source de tensions liées à la logique du *care*, soit de donner des soins (Nicotera & Mahon, 2012, Nicotera, 2015). Un infirmier prodigue des soins, c'est la nature de sa profession. Or, l'organisation du travail influence grandement leur façon de faire qui ne serait pas conforme avec leur vision de la pratique professionnelle. Tous dénoncent le travail à la chaîne auquel ils doivent se soumettre. Les tensions sont dirigées envers les gestionnaires, « qui ne connaissent pas le terrain » et « gèrent selon un budget », ils ressentent donc « du stress », « de la fatigue » et de la colère » notamment. Ces tensions, qui se vivent dans la profession infirmière, correspondent à ce qui a été rapporté dans le chapitre I. Nicotera et al. (2010, p.37) nomment le « *role conflict* » qui est associé au « *stress and burnout, which are often linked to conflicted interpersonal communication as an underlying cause, as well as to adverse outcome* ». Ceci confirme Contandriopoulos (2002) qui décrit l'organisation de la santé par « les logiques marchandes et technocratiques qui sont à l'oeuvre ». Ceci a comme conséquence, pour les informateurs, de percevoir le travail comme un lieu de plaisir s'il est strictement lié à la pratique de la profession. Par contre, dès qu'il est question de l'organisation du système de la santé ou de la profession ancrée dans l'organisation de la santé, le travail devient alors un lieu de souffrance.

Ce lieu de souffrance est pris dans cette double contrainte où la profession demande de donner des soins aux patients, du *care*, mais en même temps de le faire dans un temps limité parce que l'institution exige une performance en lien avec les logiques organisationnelles basées sur les logiques économiques. L'intégration socioprofessionnelle dans le milieu du travail est vécue aussi dans un contexte tiraillé par ces contradictions.

CONCLUSION

Notre question de recherche a évolué à partir de notre problématique jusqu'à notre cadre conceptuel. Elle s'est définie comme suit : Comment les immigrants professionnels de la santé vivent-ils l'expérience d'être Autre dans un contexte d'intégration socioprofessionnelle tel que dans le système de santé québécois ?

Nous avons pu répondre à notre question de recherche en utilisant une approche phénoménologique de la communication qui nous a permis d'adopter le point de vue et le vécu des informateurs. Nous avons mis en place un cadre conceptuel pour tenter de comprendre la construction identitaire sous l'angle organisationnel et interculturel. Ceci permettait de tenir compte de deux dimensions clés par rapport à l'insertion, soit le travail dans un contexte de diversité culturelle. Pour ce faire, nous avons effectué des récits de pratique avec quatre professionnels de la santé en exercice ou ayant exercé la profession infirmière.

Les principaux résultats révélés par notre recherche montrent que la manière dont ces professionnels de la santé vivent leur insertion socioprofessionnelle est intimement liée aux trajectoires de vie qui leur sont uniques. Nous pouvons mieux saisir leur vécu à partir de trajectoires qui sont clairement en lien avec une insertion socioprofessionnelle pouvant s'expliquer par une trajectoire d'immigration. Nous avons remarqué que le pays d'origine de l'informateur est un élément clé de cette trajectoire d'immigration. Celle-ci est marquée par la question de la liberté et du choix qui se joue sur quatre principaux plans : Le choix de l'immigration, soit d'avoir quitté le pays d'origine, le choix de la profession, le choix de l'insertion dans le milieu du travail et finalement le choix de rester au Québec et dans sa profession. C'est une trajectoire qui se fait en lien avec l'aspect relationnel : valorisation du travail par la société, la famille, les collègues, les patients et donc, de la personne elle-

même. Les relations permettent la reconnaissance au travail et du travail, mais également la reconnaissance de l'Autre qui permet une altérité du dedans. Finalement, le contexte organisationnel dans lequel se vit l'insertion est tout aussi important que le vécu puisque le système de la santé est unique.

Nous avons ciblé quatre principales contributions de ce mémoire.

Peu d'études ont été menées sur l'insertion socioprofessionnelle dans le milieu de santé au Québec. Même s'il s'agit d'une étude exploratoire faite auprès de quatre informateurs, ces récits de pratique professionnelle peuvent permettre d'élaborer certains éléments de réponse au vécu de l'insertion socioprofessionnelle au Québec des personnes immigrantes. Dans ce même ordre d'idées, nous avons ciblé la profession infirmière. Nous avons abordé des éléments spécifiques propres à cette profession en développant certains aspects permettant de mieux comprendre l'insertion de ces professionnels de la santé.

Notre travail de recherche s'inscrit dans l'approche phénoménologique qui est au cœur de notre démarche conceptuelle, épistémologique et méthodologique. Avoir adopté ce positionnement de manière cohérente tout au long du travail nous a vraiment permis d'explorer la dimension du vécu chez nos informateurs.

De plus, grâce à cette approche phénoménologique, nous avons été capables de créer un cadre conceptuel à partir de deux approches communicationnelles, soit organisationnelle et interculturelle. Ceci nous a permis d'avoir une meilleure connaissance de l'altérité, de l'Autre en considérant à la fois l'aspect interculturel, mais également l'aspect relationnel au travail.

Aussi, l'approche phénoménologique adoptée dans ce mémoire, a permis de nous approprier le récit de pratique comme stratégie de recherche pour étudier le vécu des

immigrants infirmiers. Surtout d'être en mesure de l'étudier et de le comprendre selon leur propre point de vue.

Quelques limites se dégagent également de cette démarche. Premièrement, le recrutement des informateurs s'est avéré difficile, nous avons dû composer avec quatre récits, dont deux provenant d'informateurs français. Ceci ne nous a pas permis de préciser différents parcours migratoires selon l'origine des informateurs ce qui était un de nos objectifs de recherche. En second lieu, nous retrouvons la limite de la représentativité de notre échantillon qui comportait trois hommes et une seule femme, alors qu'il y a majoritairement de femmes qui exercent la profession infirmière. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés puisque l'échantillon n'est pas représentatif. Rappelons tout de même que là n'était pas le but de notre recherche qui se situe dans une démarche exploratoire. Finalement, les observations faites à la fin du processus (le choix et la liberté par exemple) n'ont pas pu être traitées dans la problématique et dans le cadre conceptuel même si elles apparaissent très importantes. Ceci nous conduit d'emblée aux pistes d'ouvertures de ce mémoire et nous amène à nous poser des questions d'ordre pratique.

Nous pensons notamment qu'il serait intéressant d'examiner de plus près l'aspect des contradictions qui sont ressorties chez les informateurs, aspect qui est devenu vraiment central et que nous n'avions pas anticipé. Nous avons une volonté de concrétiser ce que vivent les gens dans leur milieu de travail et nous voulions aller au-delà de l'aspect strictement théorique de cet enjeu. Alors que la reconnaissance de l'institution est un élément très important chez les informateurs, serait-il possible de faire le choix d'accepter la non-reconnaissance par exemple ? Une autre piste de recherche serait de se pencher davantage sur la question de la liberté et du choix dans la situation d'immigration et dans le processus d'intégration des personnes immigrantes. Nous présumons que cet aspect serait à considérer dans les politiques mises en place pour favoriser la réussite de l'insertion socioprofessionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Bardai, A. (2010, Août). *L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal. Retrieved from https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4549/Bardai_Anas_2010_memoire.pdf;jsessionid=4037A6C46FED53C482202CAF238956AF?sequence=6
- Béland, F. (2013). Portrait sommaire de : l'effectif du réseau de la santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=xd+b3NPP5B8=>
- Bellange, T. (2010). *Médecins sans résidence*. Court-métrage, Montréal : ONF.
- Bertaux, D. (2014). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie* (3e ed.). Paris: Armand Colin.
- Boulianne, C. (2011, Février). *Récit d'une mouvance identitaire à travers les interactions quotidiennes de professionnels migrants en réinsertion au monde du travail* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal, Montréal. Retrieved from <http://www.archipel.uqam.ca/3865/1/M11967.pdf>
- Boutin, G. (n.d.). Phénoménologie et psychologie humaniste expérientielle.
- Burrick, D. (2010). Une épistémologie du récit de vie. *Recherches Qualitatives*, 8, 7–36. Retrieved from http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v8/RQ-HS-8-Numero-complet.pdf#page=9
- Cefaï, D. (1998). *Phénoménologie et sciences sociales: Alfred Schutz, naissance d'une anthropologie philosophique*. Genève-Paris: Librairie Droz.
- Cloutier, G. (2011). Savoirs de femmes immigrantes en milieu communautaire : une contribution à l'intervention. In *La valorisation des savoirs de femmes immigrantes en milieu communautaire* (pp. 93–123). Montréal: Richard Vézina éditeur.
- Cloutier, L. (2011). L'emploi dans les soins de santé et l'assistance sociale au Québec: tendances depuis le 20 dernières années. *Institut de La Statistique Du Québec*, 12(2), pp.5–12. Retrieved from <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/bulletins/flash-info-201105.pdf#page=5>

- Cognet, M., Couturier, Y., Rhéaume, J., & Bertot, J. (2010). Soins infirmiers en milieu pluriethnique : points de vue et pratiques dans les établissements publics et privés face à la discrimination et au racisme. In *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* (Saint-Martin, pp. 251–275). Anjou: Lyne Dubé.
- Cohen-Emerique, M. (2011). L'interculturel dans les interactions des professionnels avec les usagers migrant, *I*(1), 9–18.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec. (2013a). Des droits pour tous et toutes : L'intégration et la discrimination. Retrieved November 17, 2014, from http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/DPT_integration.pdf
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec. (2013b). Les programmes d'accès à l'égalité. Retrieved November 17, 2014, from <http://www.cdpcj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/responsabilites-employeurs/pae/Pages/default.aspx>
- Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 16(2), 41–52.
- Desmarais, D. (1986). Chômage, travail salarié et vie domestique : esquisse d'une trajectoire sociale. In *Les récits de vie: théorie, méthode et trajectoires types*. (Saint-Martin, pp. 55–83). Montréal.
- Desmarais, D. (2010). L'approche biographique. In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5th ed., pp. 361–390). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Diana Misanthrope, Y., & Costalat-Founeau, A.-M. (2014). Identité nationale ou identité régionale? Une étude de cas à travers le conflit martiniquais de février 2009. *Alterstice*, 4(1), 45–60.
- Direction de la recherche et de l'analyse prospective. (2013). *Plan d'immigration du Québec 2014-Ministère de l'immigration et des Communautés culturelles* (p. 15). Québec: Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/Plan-immigration-2014.pdf>
- Direction de la recherche et de l'analyse prospective. (2014). Plan d'immigration du Québec pour l'année 2015 ; Ministère de l'immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. Gouvernement du Québec.
- Direction générale de l'énoncé de politique, & ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2014). *Vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion-Consultation publique 2015* (Cahier de

- consultation) (p. 70). Montréal: Gouvernement du Québec. Retrieved from http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/CAH_ConsultationMIDI_Politique.pdf
- Dubar, C. (1992). Formes identitaire et socialisation professionnelle. *Revue Française de Sociologie*, 33(4), 505–529. Retrieved from http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_4_5622
- Dumais, L. (2012). L'État et les politiques sociales : Dispositifs de protection, solidarités et autres mutations. In *L'administration contemporaine de l'État : Une perspective canadienne et québécoise* (pp. 369–393). Québec: Presses de l'université du Québec.
- Eid, P. (2012). *Mesurer la discrimination à l'embauche subie par les minorités racisées : résultats d'un "testing" mené dans le grand Montréal* (p. 58). Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. Retrieved from http://www.cdpdj.qc.ca/publications/etude_testing_discrimination_emploi.pdf
- El Akremi, A., Sassi, N., & Bouzidi, S. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles*, 64(4), 662. <http://doi.org/10.7202/038878ar>
- Fassin, D. (2002). L'invention française de la discrimination. *Revue française de science politique*, 52(4), 403–423. <http://doi.org/10.3917/rfsp.524.0403>
- Gagnon, A.-G., & Iacovino, R. (2003). Le projet interculturel québécois et l'élargissement des frontières de la citoyenneté. In *Québec : État et société, Tome 2* (Québec Amérique, pp. 413–437). Montréal.
- Gauthier, B. (2010). La structure de la preuve. In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5th ed., pp. 169–198). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Hsab, G., & Stoiciu, G. (2011). Communication internationale et communication interculturelle : des champs croisés, des frontières ambulantes. In *Communication internationale et communication interculturelle : regards épistémologiques et espaces de pratique* (pp. 9–24). Presses de l'Université du Québec.
- Immigration, Diversité et Inclusion Québec. (2015, décembre). Révision en profondeur de la Loi sur l'Immigration. Retrieved January 5, 2016, from <http://www.midi.gouv.qc.ca/fr/presse/communiques/com20151202.html>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Le Québec chiffres en main – Édition 2014* (p. 73). Québec: Gouvernement du Québec. Retrieved from

http://www.stat.gouv.qc.ca/quebec-chiffre-main/pdf/qcm2014_fr.pdf

- Jodelet, D. (2005). Formes et figures de l'altérité. In *L'Autre : Regards psychosociaux* (Les Presses de l'Université de Grenoble, pp. 23–47). Grenoble. Retrieved from http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/forme_figure_alterite/forme_figure_alterite.pdf
- Kilo-Malawbwe, J.-M. (2011). *Participation des immigrants au marché du travail en 2009* (Travail et rémunération) (p. 47). Montréal: Institut de la statistique du Québec.
- Letarte, M. (2014, October 3). Domaine de la santé: encore des pénuries! *La Presse*. Montréal. Retrieved from <http://affaires.lapresse.ca/cv/sante/201409/29/01-4804518-domaine-de-la-sante-encore-des-penuries.php>
- Lipiansky, E.-M. (1993). L'identité dans la communication. *Communication et langages*, 97(1), 31–37. <http://doi.org/10.3406/colan.1993.2452>
- Maisonneuve, V. (2014). Choc démographique au Québec : pénurie de main-d'œuvre à l'horizon | Budget Marceau Québec 2014. Retrieved November 19, 2014, from <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/economie/2014/02/18/006-choc-demographique-quebecois-main-doeuvre.shtml>
- Marleau, D. (2014). Portrait de la relève infirmière 2013-2014. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Retrieved from <http://www.oiiq.org/sites/default/files/293S-portrait-releve-2013-2014.pdf>
- Martin, A. (2013). *Trousse d'information à l'intention des municipalités du Québec sur les enjeux de l'immigration et de la diversité ethnoculturelle* (p. 34). Gatineau: Ministère de l'immigration et des Communautés culturelles. Retrieved from http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/BRO_Trousse_Municipalites.pdf
- Meyor, C. (2011). L'entreprise phénoménologique : des vrais et faux problèmes... *Recherches Qualitatives*, (10), 4–16. Retrieved from <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2014). Organisation des services - Main-d'œuvre (emplois). Retrieved November 19, 2014, from <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/maindoeuvre.php>
- Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2015). Plan d'immigration du Québec pour l'année 2016. Gouvernement du Québec. Retrieved from <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/Plan-immigration-2016.pdf>

- Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, & Direction de la recherche et de l'analyse prospective. (2014). Recueil de statistiques sur l'immigration et la diversité au Québec. Retrieved from http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/STA_ImmigrDiversite_Politique.pdf
- M. Nicotera, A. (2015). Damned If I Do and Damned If I Don't: How Structural Divergence Strips Actors of Agency. *SAGE*, 29(3), 493–398.
- M. Nicotera, A., & M. Mahon, M. (2012). Between Rocks and Hard Places : Exploring the Impact of Structural Divergence in the Nursing Workplace. *SAGE*, 27(1), 90–120.
- Mongeau, P. (2011). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté jeans et côté Tenue de soirée*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Nicotera, A. M., & Clinkscales, M. J. (2010). Nurses at the Nexus: A Case Study in Structural Divergence. *Routledge : Taylor & Francis Group*, 25, 32–49. Retrieved from <https://blu182.mail.live.com/mail/ViewOfficePreview.aspx?messageid=mgWH8hArST5RGqGQAhWtYymA2&folderid=flinbox&attindex=8&cp=-1&attdepth=8&n=60724062>
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques. (2013). Perspectives des migrations internationales 2013. Éditions OCDE. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2013-fr
- Palermo, C. (2015). Être agi: Liberté, adversité et création chez Merleau-Ponty. *Transversales Du Centre Georges Chevrier*, 5. Retrieved from http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/publications/transversales/Individu_dans_histoire/C_Palermo.html
- Rhéaume, J. (2001). La fin du travail ou le travail sans fin? In *Crise de société ... recherche de sens* (pp. 31–48). Montréal: L'Association canadienne pour la santé mentale. Retrieved from http://classiques.ugac.ca/contemporains/rheaume_jacques/fin_du_travail/fin_du_travail.pdf
- Rimok, P. (2008, juin). *Gestion de la diversité ethnoculturelle et modèles de gouvernance Québec, Canada, France, Allemagne*. Power Point presented at the Huitième colloque international sur la diversité dans les organisations, les communautés et les États, Montréal, HEC. Retrieved from <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/cris/versite/Allocution-colloque-diversite.pdf>

- Roberge, F.-O. (2012, November 22). Le système de santé québécois en manque de travailleurs. *La Presse*. Retrieved from <http://www.lapresse.ca/le-soleil/affaires/zone/zone-carriere-en-sante/201211/21/01-4596264-le-systeme-de-sante-quebecois-en-manque-de-travailleurs.php>
- Robert, A.-M. (2005). *Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec* (Rapport évolutif No. Rapport 1-L'écheveau global/local en santé : problématique et prospectives.) (p. 12). Montréal: École nationale d'administration publique.
- Sabourin, P. (2010). L'analyse de contenu. In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5th ed., pp. 415–442). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Saillant, F. (2000). Identité, invisibilité sociale, altérité : expérience et théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes. *Érudit*, 24(1), 155–171. <http://doi.org/10.7202/015641ar>
- Saillant, F. (2007). Éthiques, altérités et politiques de l'étranger. In *Éthique et alterité : La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux* (Presses de l'université Laval, pp. 91–115). Laval.
- Singer R., R. C. (2013). LOI SUR L'IMMIGRATION AU QUEBEC: Catégorie de l'immigration économique. *Canada's Immigration & Citizenship Bulletin*, (8). Retrieved from <http://www.immigration.ca/fr/quebecimmigration-topmenu/112-quebec-skilled-worker/254-loi-sur-l-immigration-au-quebec-categorie-de-l-immigration-economique.html>
- Tremblay, M. (2008). *Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec* (Rapport évolutif No. Rapport 6-Incidence de l'immigration sur le système de santé au Québec) (p. 14). Montréal: École nationale d'administration publique. Retrieved from http://www.leppm.enap.ca/leppm/docs/rapports_sante/rapport_6_sante.pdf
- Tremblay P., P. (2012). *L'administration contemporaine de l'État : une perspective canadienne et québécoise*. Québec: Presses de l'université du Québec.
- Zook, E. G. (1994). Embodied Health and Constitutive Communication: Toward an Authentic Conceptualization of Health Communication. In *Communication Yearbook 17* (Sage, Vol. 17, pp. 344–377). Thousand Oaks: S. A. Deetz.

ANNEXE A – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude

« L'intégration socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois »

Chercheur responsable (directeur de recherche)

Vasquez, Consuelo

Département de communication sociale et publique

(514) 987-3000 poste: 6318

vasquez.consuelo@uqam.ca

Étudiant chercheur

Nom et prénom: De Garie Fortin, Cloé

Programme d'études : Maîtrise en communication (concentration internationale et interculturelle)

Téléphone : 514-604-7590 Adresse courriel : de_garie_fortin.cloe@courrier.uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique la réalisation de deux entrevues individuelles. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet cherche à comprendre l'intégration socioprofessionnelle des immigrants dans le système de santé québécois. Notre objectif de recherche est de comprendre la manière dont les immigrants vivent leur intégration professionnelle une fois sur le marché du travail. Pour ce faire, nous effectuons cinq entretiens biographiques avec cinq personnes immigrantes, hommes comme femmes, adultes, qui travaillent présentement comme professionnelles en soins

infirmiers et cardiorespiratoires dans le système de la santé québécois et qui occupaient un poste professionnel dans leurs pays d'origine avant leur arrivée au Canada.

Nature et durée de votre participation

Votre participation consiste à dresser brièvement votre profil sociodémographique et à prendre part à deux rencontres individuelles avec la chercheuse étudiante. Il vous sera demandé de raconter votre parcours d'insertion socioprofessionnelle dans le système de santé québécois. Le temps prévu pour chaque entretien sera déterminé en fonction de ce que vous aurez à raconter et selon vos disponibilités, nous estimons environ de 2 à 3 heures par entretien. Avec votre permission, les entretiens seront enregistrés sur un dictaphone et seront transcrits sur un support informatique. Le tout restera totalement confidentiel et en aucun cas il ne sera possible de vous identifier. Avec votre consentement, des notes manuscrites seront prises durant l'entretien. Bien entendu, la confidentialité et l'anonymat sont assurés durant tout ce processus. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec l'étudiante chercheuse. Une fois les deux entretiens complétés, un résumé des rencontres vous sera envoyé par courriel afin de vous demander une validation du contenu. Vous aurez le choix de donner vos commentaires ou non sur ce dernier, à savoir si vous le considérez représentatif et juste de vos propos.

Avantages liés à la participation

En participant à cette recherche, vous contribuerez à l'avancement des connaissances concernant les expériences d'intégration socio-professionnelle des personnes immigrantes dans le système de santé québécois, un sujet qui jusqu'à maintenant n'a pas été exploré dans la littérature. L'avancement des connaissances pourra aussi influencer les décideurs et politiques d'immigration économique du Québec et du Canada. Vous pourrez de plus refléter sur votre parcours d'intégration socio-professionnelle et continuer en construire le sens.

Risques liés à la participation

En principe, aucun risque n'est lié à la participation à cette recherche. Ceci dit, certaines questions posées pourraient raviver des émotions liées à votre expérience passée ou présente, pouvant causer de l'inconfort psychologique. Vous demeurez libre de ne pas répondre à certaines questions ou de ne pas aborder certains sujets, et ce, sans avoir à vous justifier. Des ressources d'aide appropriées pourront vous être proposées le cas échéant.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiante chercheuse et de la chercheuse responsable et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Votre nom sera remplacé par un pseudonyme codé, restera confidentiel

et ne sera en aucun cas transmis à un autre individu ou organisme que la chercheuse responsable et l'étudiante chercheuse. Les entrevues transcrites seront numérotées et seules les chercheuses auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Tout le matériel de recherche (verbatim des entretiens biographiques, enregistrement des entretiens et la fiche d'information sociodémographique) sera exclusivement accessible par l'étudiante chercheuse, conservé sur un disque dur externe et protégé par un code que seulement cette dernière connaîtra. Le formulaire de consentement restera sous clé au domicile de la chercheuse. L'ensemble des documents seront détruits cinq ans après la dernière le dépôt du mémoire de recherche.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Cloé De Garie Fortin verbalement ou par courriel électronique; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Clause responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec la responsable du projet: Consuelo Vasquez directrice de recherche, au numéro (514) 987-3000 poste 6318 ou par adresse courriel vasquez.consuelo@uqam.ca ; Cloé De Garie Fortin, au numéro 514-604-7590 ou à l'adresse courriel de _garie_fortin.cloe@courrier.uqam.ca

Des questions sur vos droits?

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CÉRPÉ) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidente du CÉRPÉ Emmanuelle Bernheim, (514) 987-3000, poste 2433 ou bernheim.emmanuelle@uqam.ca.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tel que présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom,

Nom:

Signature _____

Date

Engagement du chercheur

« Je, soussigné (e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom,

Nom:

Signature _____ Dat

ANNEXE B – PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

- Quel est votre sexe?
☐ Homme ☐ Femme
- Quel âge avez-vous ?
_____ ans
- Quelle est votre nationalité d'origine ?

- Quelle est votre langue maternelle?

- Quelles autres langues parlez-vous?

- Depuis combien de temps êtes-vous au Canada, au Québec, dans la région métropolitaine de Montréal (RMM) ?
Canada : _____ Québec: _____ RMM: _____
- Quel est votre statut officiel au Canada (résident permanent, citoyen canadien, etc.,) ?

- Sous quelle catégorie d'immigration avez vous été admis au Canada?

- Quelle est votre profession actuelle dans le réseau de la santé ?

- Était-ce votre première expérience professionnelle depuis votre arrivée au Canada?

- Quelles sont les études supplémentaires que vous avez eu à faire en arrivant au Canada?

- Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi ?

ANNEXE C – GRILLE D'ENTRETIEN BIOGRAPHIQUE

Thèmes	Sous-thèmes	Questions de relance
	ACCUEIL	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la chercheure • Brève présentation du projet (rappel) • Présentation du déroulement de l'entretien et des étapes suivantes • Présentation des consignes sur la participation • Présentation des dimensions éthiques (rappel). • Vérification de la compréhension de tous ces éléments. • Signature du formulaire de consentement et de l'autorisation d'enregistrement par la chercheure et le participant à la recherche.
	INTRODUCTION : DONNÉES CONTEXTUELLES SUR LE PROJET MIGRATOIRE	Afin de mieux vous connaître, j'aimerais que vous me racontiez un peu de votre histoire migratoire
	Parcours professionnel	Racontez-moi votre parcours professionnel dans votre pays d'origine. Quelles études avez-vous effectuées? Quelle profession exerciez-vous avant l'immigration ? Pourquoi aviez-vous choisi cette profession? Est-ce que vous aimiez votre travail et votre milieu de travail?
	La raison de l'immigration et l'arrivée au Canada	Racontez-moi votre expérience d'immigration. Comment ce projet a-t-il émergé dans votre esprit? Comment s'est passé le départ de votre pays d'origine? Pour quelles raisons êtes-vous venus au Canada? Comment s'est passée votre arrivée au Canada ? Aviez-vous de la famille dans cette ville? Des connaissances?
	INTÉGRATION SOCIO-PROFESSIONNELLE DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ	Maintenant, j'aimerais que vous me parliez de votre insertion au Québec et dans votre milieu professionnel.

	Insertion dans le milieu du travail	Racontez-moi les démarches que vous avez dû effectuer afin de pratiquer votre emploi actuel. Connaissiez-vous quelqu'un dans ce milieu de travail? Comment appréciez-vous travailler à cet endroit?
	L'importance du travail	Dites-moi la place qu'occupe votre travail dans votre vie. Pour vous, être un professionnel de la santé est important ? Comment votre famille considère le métier que vous pratiquez ? Comment sentez-vous que la société vous considère face à votre travail ?
LE CONTEXTE DE LA SANTÉ		
	La perception du travail et du système de santé.	Racontez-moi en quoi consiste votre travail actuel. Quelle est votre perception du système de santé québécois? Quels sont les hauts et les bas de votre travail dans votre quotidien? Donnez-moi des exemples. Avez-vous souvenir d'un moment fort vécu au travail? (un défi, un succès, un échec, etc.) Donnez-moi des exemples. Comment vous sentez-vous considéré à votre travail ?
	Relation avec les Autres dans le contexte du travail	Racontez-moi les relations (humaines) que vous avez dans le cadre de votre travail. Dans quelle mesure avez-vous l'impression de faire partie d'une équipe dans votre emploi? Lorsque vous rencontrez une difficulté dans la réalisation de vos tâches, que faites-vous ? Avez-vous un exemple ? Avez-vous développé des relations amicales avec des personnes de votre travail ?
CONCLUSION : AVENIR		
Comment envisagez-vous votre avenir professionnel et personnel ? Comptez-vous rester au Québec? Songez-vous à retourner vivre dans votre pays d'origine? Pourquoi? Quels sont vos motifs pour rester au Québec?		

	Pensez-vous rester dans votre milieu de travail? Quelles sont vos perceptions sur la société québécoise et votre milieu du travail? Est-ce qu'elles ont changées depuis votre arrivée au Québec?
Faire une synthèse	Avez-vous d'autres éléments à ajouter à la discussion que nous venons d'avoir?
CLÔTURE	
Expérience de l'entretien	Comment avez-vous vécu notre rencontre? Il y a-t-il un sujet qui vous a surpris ? Que vous aimeriez parler davantage ?
Conseils pour les prochains entretiens	J'essaie de comprendre la manière dont est vécue l'insertion professionnelle des personnes immigrantes dans le système de la santé. Auriez-vous des conseils à me donner pour les prochains entretiens? Des questions que j'aurais oublié de poser ? Des sujets à éviter ? Connaissez-vous une personne de votre entourage que je pourrais interviewer?
La suite des choses	Seriez-vous intéressé à avoir des informations concernant les résultats de la recherche ? Rappeler que je vais faire un résumé de l'entretien avec les idées clés de notre rencontre et leur demander si je peux leur envoyer par courriel afin d'avoir leur opinion/réaction sur le résumé. Rappeler les éléments de confidentialité et d'anonymisation des données. Avez-vous des questions?
REMERCIEMENTS	Merci!